BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE
GILBERT ET CARNOT

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

PAR

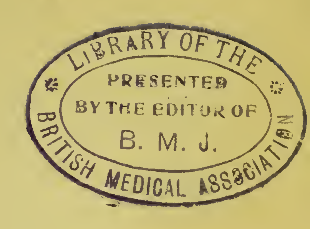
Cyrille JEANNIN et Paul GUÉNIOT

J.B.BAILLIÈRE & FILS


22200075046


Med
K44805

99 H



Bibliothèque de Thérapeutique

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

A. GILBERT
Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de médecine de Paris.


&

P. CARNOT
Professeur agrégé de Thérapeutique
à la Faculté de médecine de Paris.

1909-1913, 28 volumes in-8, avec figures, cartonnés.

LISTE DES COLLABORATEURS

MM.

ACHARD (CH.).......... ..	Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker.
APERT (E.).................	Médecin de l'hôpital Andral.
AUBERTIN..................	Médecin des hôpitaux de Paris.
AUDRY (CH.)...............	Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Toulouse.
BALTHAZARD...............	Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
BERGONIÉ..................	Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
BESREDKA (A.)............	Professeur à l'Institut Pasteur.
BONNAMOUR...............	Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon.
BOUCHARD (CH.)..........	Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.
BOURCART..................	Privat-docent à la Faculté de médecine de Genève.
CALMETTE (A.)............	Directeur de l'Institut Pasteur de Lille, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
CARNOT (PAUL)...........	Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.
CASTAIGNE (J.)............	Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.
CAUTRU (F.)...............	Ancien interne des hôpitaux de Paris.
CHAUFFARD...............	Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine.
CLAUDE (HENRI)...........	Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
CLUNET....................	Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
COMBE (A.)................	Professeur de Clinique infantile à la Faculté de médecine de Lausanne.
CONSTENSOUX.............	Ancien chef de clinique adjoint des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris.
COYON.....................	Médecin des hôpitaux de Paris.
DAGRON...................	Ancien interne des hôpitaux de Paris.
DEJERINE..................	Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine.
DELAGENIÈRE..............	Chirurgien de l'hôpital et de l'asile d'aliénés du Mans.
DOPTER....................	Professeur au Val-de-Grâce.
DUCROQUET (C.)..........	Chargé du service d'orthopédie de la polyclinique Rothschild.
DUJARDIN-BEAUMETZ......	Chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.
DUPUY-DUTEMPS..........	Ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.
DURAND....................	Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien des hôpitaux.
FERRAND (MARCEL).......	Chef de laboratoire à l'hospice des Enfants-Assistés.
FLEURY (MAURICE DE).....	Membre de l'Académie de médecine.
FRAIKIN....................	Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux.
GARNIER (MARCEL)........	Médecin des hôpitaux de Paris.
GAUTIER (ARMAND)........	Professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.
GILBERT (A.)...............	Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

MM.

GRENIER DE CARDENAL...... Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

GUÉNIOT (PAUL).......... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

GUILLAIN.................. Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris.

HEITZ...................... Ancien interne des hôpitaux de Paris.

HIRTZ (EDG.).............. Médecin de l'hôpital Necker.

IMBERT..................... Chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Lyon.

JACQUET (L.)............. Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

JEANNIN.................... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux.

JOSUÉ (O.)................ Médecin de l'hôpital de la Pitié.

KUSS........................ Médecin en chef du sanatorium de l'Assistance publique à Angicourt.

LABBÉ (MARCEL).......... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité.

LALESQUE.................. Ancien interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant de l'Académie de médecine.

LAMARQUE................. Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

LANDOUZY................. Doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique médicale à l'hôpital Laennec, membre de l'Académie de médecine.

LANGLOIS.................. Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

LAUNAY (DE).............. Professeur de géologie appliquée à l' cole supérieure des mines.

LECÈNE (PAUL)............ Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

LEJONNE................... Ancien interne des hôpitaux de Paris.

LEMIERRE.................. Médecin des hôpitaux de Paris.

LÉPINE (J.)................ Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

LÉPINE (R.)................ Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.

LEREBOULLET (P.)......... Médecin des hôpitaux de Paris.

LŒPER..................... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris.

LOMBARD (ÉTIENNE)....... Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

MARFAN.................... Professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

MARIE (PIERRE)........... Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

MARION.................... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

MARTEL (DE)............... Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

MARTIN (J.)............... Professeur agrégé à la Faculté de Toulouse.

MARTIN (LOUIS)........... Médecin en chef de l'hôpital Pasteur.

MAUREL.................... Professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

MAYOR...................... Professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Genève.

MENETRIER................ Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.

METCHNIKOFF.............. Sous-directeur de l'Institut Pasteur.

MILIAN..................... Médecin des hôpitaux de Paris.

MOUCHET................... Chirurgien des hôpitaux de Paris.

MM.

MOUREU .... Professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine.

NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH (Mme). Ancien interne des hôpitaux de Paris, chargée d'un service de gymnastique orthopédique à l'hôpital des Enfants-Malades.

NICOLAS .... Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon.

NOBÉCOURT .... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

NOC.......................... Médecin des troupes coloniales.

NOGIER (TH.)............... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

OUDIN .... Président de la Société d'électrothérapie.

PAISSEAU.................... Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

PARISET. .... Docteur ès sciences, directeur des services hydrothérapiques de l'établissement thermal de Vichy.

PAUCHET.................... Professeur à l'École de médecine d'Amiens.

PIATOT...................... Ancien interne des hôpitaux de Paris.

PIC .... Professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon.

PINARD...................... Professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

POUCHET (G.).............. Professeur de pharmacologie et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

RAUZIER .... Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

REMLINGER.................. Directeur de l'Institut Pasteur de Tanger.

RIBADEAU-DUMAS......... Médecin des hôpitaux de Paris.

RIST (E.)..................... Médecin de l'hôpital Laennec (tuberculeux).

ROBIN (ALBERT).......... Professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine.

ROGER (H.).................. Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

ROY (M.)........... .... Professeur à l'École dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.

SABOURAUD .... Chef du laboratoire de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis.

SABRAZÈS .... Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux.

SACQUÉPÉE (E.)............ Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

SALIMBENI (A.-T.).......... Chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

THOMAS (ANDRÉ)...... ... Chef du laboratoire de la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

TISSIÉ (PH.)................ Inspecteur des exercices physiques des lycées et collèges de l'Académie de Bordeaux.

TUFFIER.................... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

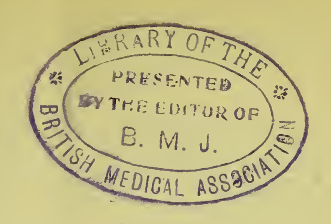
VAILLARD (L.).............. Directeur du Val-de-Grâce, médecin inspecteur général de l'armée, membre de l'Académie de médecine.

VAQUEZ (H.)................ Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

WIART . ... Chirurgien des hôpitaux de Paris.

WIDAL (F.)................. Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin, membre de l'Académie de médecine.

ZIMMERN (A.).............. Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Chef du laboratoire de radiologie à la Charité.


LIBRARY OF THE
PRESENTED
BY THE EDITOR OF
B. M. J.
BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

A. GILBERT & P. CARNOT

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

ET

GYNÉCOLOGIQUE

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

A. GILBERT & P. CARNOT

1909-1913, 28 volumes in-8, avec figures, cartonnés.
Chaque volume : 8 à 15 francs.

1re Série. — LES AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

I. **Art de Formuler**, par le Pr GILBERT. 1 vol.

II. **Technique thérapeutique médicale**, par le Dr MILIAN. 1 vol.

III. **Technique thérapeutique chirurgicale**, par les Drs PAUCHET et DUCROQUET. 1 vol.. 15 fr.

IV-VII. **Physiothérapie.**

I. *Électrothérapie*, par le Dr NOGIER. 1 vol................. 10 fr.

II. *Radiothérapie, Radiumthérapie, Photothérapie, Thermothérapie*, par les Drs OUDIN et ZIMMERN. 1 vol........................ 14 fr.

III. *Kinésithérapie : Massage, Gymnastique, Mobilisation*, par les Drs P. CARNOT, DAGRON, DUCROQUET, NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH, CAUTRU, BOURCART. 1 vol.............................. 12 fr.

IV. *Mécanothérapie, Rééducation motrice, Jeux et Sports, Méthode de Bier, Hydrothérapie, Aérothérapie*, par les Drs FRAIKIN, GRENIER DE CARDENAL, CONSTENSOUX, TISSIÉ, DELAGENIÈRE, PARISET.. 8 fr.

VIII. **Crénothérapie** (*Eaux minérales*), **Climatothérapie, Thalassothérapie**, par le Pr LANDOUZY, les Prs A. GAUTIER, MOUREU, DE LAUNAY, les Drs HEITZ, LAMARQUE, LALESQUE, P. CARNOT. 1 vol........................ 14 fr.

IX-X. **Médicaments chimiques et végétaux** (*Chimiothérapie et Phytothérapie*), par le Pr PIC et les Drs BONNAMOUR et IMBERT. 2 vol.

XI. **Médicaments animaux** (*Opothérapie*), par P. CARNOT. 1 vol..... 12 fr.

XII. **Médicaments microbiens** (*Bactériothérapie, Vaccination, Sérothérapie*), par METCHNIKOFF, SACQUÉPÉE, REMLINGER, LOUIS MARTIN, VAILLARD, DOPTER, BESREDKA, SALIMBENI, DUJARDIN-BEAUMETZ, CALMETTE. 1 vol. *2e édition*.. 12 fr.

XIII. **Régimes alimentaires**, par le Dr MARCEL LABBÉ. 1 vol.......... 12 fr.

XIV. **Psychothérapie**, par le Dr ANDRÉ THOMAS. 1 vol................ 12 fr.

2e Série. — LES MÉDICATIONS.

XV. **Médications générales**, par les Drs BOUCHARD, H. ROGER, SABOURAUD, SABRAZÈS, POUCHET, BALTHAZARD, LANGLOIS, BERGONIÉ, P. CARNOT, P. MARIE et CLUNET, PINARD, APERT, MAUREL, RAUZIER, LÉPINE, ALBERT ROBIN et COYON, CHAUFFARD, WIDAL et LEMIERRE. 1 vol.................. 14 fr.

XVI. **Médications symptomatiques** (*M. nerveuses, circulatoires, génitales et cutanées*), par JEAN LÉPINE, SICARD, GUILLAIN, MAURICE DE FLEURY, JACQUET et FERRAND, MAYOR. 1 vol.

XVII. **Médications symptomatiques** (*M. digestives, hépatiques, rénales, respiratoires*), par GILBERT, CASTAIGNE, MENETRIER. 1 vol.

3e Série. — LES TRAITEMENTS.

XVIII. **Thérapeutique infectieuse**, par les Drs MARCEL GARNIER, NOBÉCOURT, NOC, LEREBOULLET. 1 vol.. 12 fr.

XIX. **Thérapeutique de la Nutrition et des Intoxications**, par les Drs LEREBOULLET, LŒPER. 1 vol.

XX. **Thérapeutique nerveuse**, par les Drs CLAUDE, LEJONNE, DE MARTEL. 1 vol.

XXI. **Thérapeutique respiratoire et de la tuberculose**, par les Drs HIRTZ, RIST et RIBADEAU-DUMAS, TUFFIER et MARTIN, KUSS. 1 volume.... 14 fr.

XXII. **Thérapeutique cardiaque et vasculaire** (*Cœur, Vaisseaux, Sang*), par les Drs JOSUÉ, VAQUEZ et AUBERTIN, WIART. 1 vol.

XXIII. **Thérapeutique digestive. Foie. Pancréas**, par les Drs P. CARNOT, COMBE, LECÈNE. 1 vol.

XXIV. **Thérapeutique articulaire, osseuse et ganglionnaire**, par les Drs MARFAN, MOUCHET, PIATOT. 1 vol.

XXV. **Thérapeutique urinaire** (*Reins, Vessie, Uretère, Urètre, Organes génitaux de l'homme*), par les Drs ACHARD et PAISSEAU, MARION. 1 vol. 12 fr.

XXVI. **Thérapeutique obstétricale et gynécologique**, par les Drs JEANNIN et GUÉNIOT. 1 vol.. 14 fr.

XXVII. **Thérapeutique cutanée et vénérienne**, par les Drs AUDRY, DURAND, NICOLAS. 1 vol.. 12 fr.

XXVIII. **Thérapeutique des Yeux, des Oreilles, du Nez, du Larynx, de la Bouche, des Dents**, par les Drs DUPUY-DUTEMPS, ÉTIENNE LOMBARD, M. ROY. 1 vol.

12498-10. — CORBEIL. Imprimerie CRÉTÉ.

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

A. GILBERT & **P. CARNOT**

Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de médecine de Paris.

Professeur agrégé de Thérapeutique
à la Faculté de médecine de Paris.

LIBRARY OF THE BRITISH MEDICAL ASSOCIATION
PRESENTED BY THE EDITOR OF B. M. J.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

PAR LES DOCTEURS

Cyrille JEANNIN ET **Paul GUÉNIOT**

PROFESSEURS AGRÉGÉS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Avec 319 figures dans le texte.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

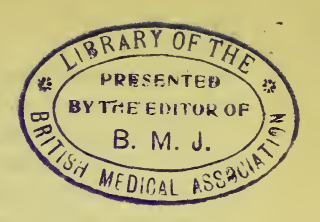
19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1913

Tous droits réservés.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	welMOmec
Call	
No.	


LIBRARY OF THE
PRESENTED
BY THE EDITOR OF
B. M. J.
BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

PRÉFACE

La Thérapeutique est la synthèse et la conclusion de la Medecine. Si Platon admettait que la plus belle Science est la plus inutile, il nous apparaît, au contraire, qu'une Science est d'autant plus belle qu'elle est plus féconde et qu'elle a pour but le soulagement des misères humaines. De fait, les plus éclatantes recherches de Médecine expérimentale, les plus subtiles analyses cliniques valent surtout par l'effort curateur auquel elles aboutissent.

Aussi la Thérapeutique, malgré ses incertitudes et ses tâtonnements, demeure-t-elle l'obsession du Chercheur et du Praticien. Aussi les Savants, même les plus illustres, les Cliniciens, même les plus réputés, à qui nous avons fait appel, nous ont-ils chaleureusement donné leur concours : qu'ils en soient tous remerciés ici !

La Thérapeutique peut être envisagée différemment, suivant que l'on prend pour point de départ de son étude le Médicament, le Symptôme ou la Maladie. La Bibliothèque de Thérapeutique sera donc divisée en trois Séries convergentes, dans lesquelles seront étudiés les AGENTS THÉRAPEUTIQUES, les MÉDICATIONS, les TRAITEMENTS. Chaque série comprendra un certain nombre de volumes, indépendants les uns des autres et paraissant en ordre dispersé, mais dont la place est nettement déterminée dans le plan d'ensemble de l'ouvrage.

La première Série est relative aux AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

Elle comprend, comme une sorte d'introduction générale, l'*Art de formuler*, dont l'importance s'accroît par la publication d'un nouveau Codex et par les Conventions Internationales relatives aux Médicaments héroïques. Elle comprend aussi l'étude des *Techniques thérapeutiques médicales* et des *Techniques thérapeutiques chirurgicales*.

L'étude des *Agents physiques* a pris, depuis quelques années, un développement considérable. Les diverses branches de la *Physiothérapie* offrent, par là même, au Praticien, une série de ressources nouvelles. Qu'il s'agisse de *Kinésithérapie*, de *Massage*, d'*Hydrothérapie*, d'*Électrothérapie*, de *Radiothérapie*, etc., tout médecin doit savoir appliquer, lui-même, les méthodes usuelles et connaître le

principe, les indications et les résultats des méthodes plus compliquées, qui restent, nécessairement, confiées aux Spécialistes.

L'étude des *Médicaments chimiques* a fait, elle aussi, de grands progrès. Les Médicaments minéraux, dont on aurait pu croire la liste épuisée, ont récemment revêtu des formes nouvelles (combinaisons organiques, métaux colloïdaux), douées de nouvelles propriétés thérapeutiques. Quant aux Médicaments organiques, leur nombre s'accroît tous les jours; déjà quelques lois de pharmacodynamie permettent de prévoir leur action thérapeutique, suivant l'introduction de tel noyau ou de tel radical : qu'il s'agisse des sulfones et de leurs propriétés hypnotiques, des ecgonines et de leurs propriétés anesthésiques, des anthraquinones et de leurs propriétés purgatives, le chimiste commence à jongler avec les molécules et fabrique méthodiquement des médicaments synthétiques, comme il fabriquait déjà des couleurs ou des parfums.

Si les *Médicaments d'origine végétale* sont, de plus en plus, obtenus par synthèse, par contre de nouvelles plantes entrent, à leur tour, dans la matière médicale. La flore tropicale tient probablement encore en réserve bien des médicaments utiles.

Les *Médicaments d'origine animale*, fort employés jadis, puis fort oubliés, ont été surtout étudiés depuis Brown-Séquard. Qu'il s'agisse de thyroïdine ou d'adrénaline, de pepsine ou de sécrétine, l'*Opothérapie* utilise des produits fabriqués par l'organisme même et supplée à l'insuffisance glandulaire, en fournissant artificiellement au malade les substances qu'il ne fabrique plus. Il y a là tout un monde de corps et d'anticorps, qui, vraisemblablement, feront la base de la Thérapeutique de demain.

Les *Médicaments d'origine microbienne* ont métamorphosé le traitement et la prophylaxie des maladies infectieuses. Ils peuvent conférer une immunité active grâce aux méthodes Pastoriennes de *Vaccination*, ou passive grâce aux méthodes de *Sérothérapie*, par lesquelles, après Ch. Richet, après Behring et Roux, on utilise les humeurs d'animaux chez qui l'on a provoqué préalablement la formation d'anticorps. On peut aussi, avec Metchnikoff, faire de la *Bactériothérapie*, en opposant aux microbes nocifs d'autres microbes domestiqués et inoffensifs, dont le développement gêne celui des premiers.

L'étude des Agents Thérapeutiques comprend encore la *Crénothérapie*, la *Thalassothérapie*, la *Climatothérapie*. Sous le nom de Crénothérapie (κρήνη, source), on peut grouper, avec Landouzy, les méthodes thérapeutiques, si complexes mais si puissantes, relatives aux Eaux Minérales. Les richesses naturelles de notre pays en Stations Thermales, Maritimes ou Climatériques, sont, d'ailleurs, telles

qu'aucun pays n'en possède d'équivalentes et ne peut aussi complètement se suffire à lui-même.

L'étude de la *Diététique* et des *Régimes* s'est beaucoup précisée: on peut, actuellement, doser l'énergie nutritive nécessaire à un organisme et la lui fournir sous telle ou telle forme isodyname, suivant l'état de ses viscères. Le régime, ainsi scientifiquement établi, fait, de plus en plus, partie de l'ordonnance et du traitement.

Enfin l'étude des *Agents psychiques* a pris, elle aussi, une grande importance : si l'influence du moral sur le physique est telle qu'il suffit parfois, pour modifier l'évolution d'une maladie, de remonter les courages et d'imposer une volonté ferme, combien plus efficace encore est une direction morale méthodiquement graduée, suivant les règles précises de la *Psychothérapie*!

Tels sont les principaux Agents Thérapeutiques que le Praticien peut utiliser. Il est maintenant nécessaire de les grouper et de les combiner, en vue d'une Médication ou d'un Traitement.

II

La deuxième Série est relative à l'étude des MÉDICATIONS.

Étant donné un symptôme clinique, le premier problème thérapeutique qui se pose est de savoir si l'on doit agir sur lui, le favoriser ou le combattre ; or, ce n'est pas toujours une question facile à résoudre. Si certains symptômes sont, dans tel cas déterminé, manifestement défavorables et doivent être combattus (tels l'asphyxie, la putridité, etc.), d'autres, par contre, indiquent un effort réactionnel de l'organisme, que l'on doit respecter et même favoriser : tels les processus de l'inflammation mis en jeu par l'organisme contre l'infection, et qui doivent être respectés tant que leur excès même ne devient pas nuisible ; tel l'épistaxis d'un hypertendu, soupape de sûreté qui préserve parfois d'une hémorragie cérébrale. Mais, si tel symptôme doit être combattu et tel autre favorisé, beaucoup ont une signification variable ou douteuse : telle la fièvre. Aussi, bien souvent, en Thérapeutique, le difficile est-il non pas d'agir, mais de savoir s'il faut agir et dans quel sens.

En second lieu, pour ou contre un symptôme donné, on peut utiliser plusieurs méthodes thérapeutiques. Chacune a ses indications et ses contre-indications, et l'on ne traitera pas l'insomnie d'un cardiaque comme celle d'un fébricitant ou d'un douloureux.

On voit, par là, toute l'importance pratique que présente l'étude des Médications Symptomatiques. Ce sont, d'ailleurs, celles dont on doit, le plus souvent, se contenter, faute de mieux, lorsqu'on ne peut atteindre la cause même du mal.

III

Enfin la troisième Série comprend l'étude des TRAITEMENTS.

Le Traitement d'une Maladie, lorsqu'il n'est pas pathogénique, est fait, le plus souvent, de la juxtaposition d'une série de Médications symptomatiques. Il devra se modifier incessamment, en se modelant sur la marche même de l'affection. Par exemple, le Traitement d'une fièvre typhoïde sera représenté par une série de Médications dirigées non seulement contre l'infection éberthienne, mais aussi contre la fièvre, contre l'adynamie, contre la faiblesse cardiaque, contre les hémorragies intestinales, etc., suivant les symptômes successifs que l'examen clinique révélera.

Beaucoup de traitements sont devenus, dans ces dernières années, médico-chirurgicaux, qu'il s'agisse de sténose pylorique, de gangrène pulmonaire, de lithiase biliaire, de tuberculose rénale, etc. La partie médicale doit donc être complétée par une partie chirurgicale, de telle sorte que l'on puisse envisager, sous leurs différentes faces, les multiples traitements d'une même maladie.

C'est dans cet esprit qu'une série de volumes sont consacrés aux Traitements des Maladies Générales (Infections, Intoxications, Maladies de la Nutrition), des Maladies de chaque organe (Maladies nerveuses, digestives, circulatoires, pulmonaires, génito-urinaires), ainsi que des Spécialités (Maladies cutanées et vénériennes ; Maladies de la bouche, du nez, du larynx, des oreilles et des yeux).

A. GILBERT et P. CARNOT.

THÉRAPEUTIQUE
OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

PAR

le Dr Cyrille JEANNIN,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

AVANT-PROPOS.

Ce livre est un manuel de *thérapeutique* obstétricale : le lecteur voudra donc bien ne pas y chercher d'autres notions que celles qui concernent la conduite à tenir dans les différents cas de la pratique des accouchements. Si nous avons systématiquement laissé de côté tout ce qui est étiologie, symptomatologie ou diagnostic, — toutes choses d'ailleurs que l'on trouve, à l'heure actuelle, dans maints ouvrages, traités ou précis, — nous nous sommes, par contre, très longuement étendus sur la position des indications interventionnelles, et peut-être plus encore sur le manuel opératoire. Certains nous accuseront peut-être de minutie : nous estimons cependant que dans un livre, dont la seule prétention est de pouvoir être utile au praticien, il n'est pas hors de propos d'entrer dans des détails tels que le choix d'un catgut, ou la façon de bien poser une pince.

Nous nous sommes fait un devoir rigoureux d'éliminer toute érudition : il n'y a pas, dans tout cet ouvrage, un seul nom d'auteur, pas une référence bibliographique ; il nous a semblé que ce n'est pas cela que le lecteur demande à un manuel de cette nature.

Notre plan sera aussi simple que possible : nous envisagerons tour à tour la conduite à tenir :

1° Pendant la grossesse normale et pathologique ;

2° Pendant l'accouchement normal et pathologique, y compris les soins à donner au nouveau-né;

3° Pendant la délivrance normale et pathologique;

4° Pendant les suites de couches normales et pathologiques.

Il est bien entendu que certaines restrictions ont dû, en pratique, être apportées à la rigueur de ce plan : nombre d'affections, en effet, sont à envisager aussi bien pendant la grossesse que pendant l'accouchement : l'insertion vicieuse du placenta, par exemple. Nous aurions pu scinder chacune de ces questions; il nous a paru plus simple d'étudier chacune d'elles, au moment où son importance est la plus grande : c'est ainsi que l'éclampsie se trouve tout entière étudiée à propos de la grossesse, les fibromes gravidiques, à propos du travail. Ce *modus faciendi* nous a évité, croyons-nous, d'ennuyeuses redites.

De même, chaque opération se trouve décrite à l'occasion de son indication principale : le lecteur trouvera, par exemple, la technique de la version à propos de la présentation de l'épaule; celle de la césarienne, à propos des rétrécissements pelviens. D'ailleurs, nous avons toujours donné l'exacte référence de la page où se trouve décrite l'intervention que nous préconisons, à l'occasion de chaque cas particulier : on pourra ainsi trouver, immédiatement, les renseignements voulus, sans même prendre la peine de se reporter à la table alphabétique.

Enfin, nous nous sommes attachés, autant qu'il était possible, à n'indiquer, pour chaque cas précis, qu'une ligne de conduite, qu'un seul manuel opératoire : cette étude de la seule intervention idéale à l'exclusion de toute autre pourra sans doute apporter du moins nous l'espérons, autant de clarté dans l'esprit du lecteur, que la description de procédés multiples y jette, habituellement, de confusion.

PREMIÈRE SECTION

CONDUITE A TENIR PENDANT LA GROSSESSE

CHAPITRE PREMIER

CONDUITE A TENIR PENDANT LA GROSSESSE NORMALE

Hygiène générale de la grossesse.
Surveillance de l'appareil digestif.
Surveillance de l'appareil urinaire. Examen des urines.
Surveillance de l'appareil génital.

SURVEILLANCE MÉDICALE DE LA FEMME ENCEINTE.

Toute femme enceinte doit être examinée *au moins une fois par mois.* Il faut s'assurer non seulement de la présentation du fœtus, mais de l'état du col, de la conformation du bassin, de l'état des différents viscères et particulièrement du cœur.

Examen des urines. — Il est tout à fait capital : il sera pratiqué, au point de vue de la recherche de l'albumine, toutes les quatre semaines pendant les six premiers mois, puis tous les quinze jours durant les trois derniers. Il est bon, pour se rendre compte de la nutrition de la femme, de faire faire, au moins une fois, une analyse complète.

CONSEILS A DONNER A LA FEMME ENCEINTE.

I. **Hygiène générale.** — A. *Exercice.* — La femme enceinte doit prendre un *exercice régulier*, mais en évitant la fatigue, surtout aux moments correspondant aux trois premières époques menstruelles.

Les SPORTS (bicyclette, équitation, etc.) sont interdits.

Les VOYAGES peuvent être autorisés, à condition d'être effectués dans des conditions de grand confort ; la femme emportera avec elle du laudanum pour en prendre XXV gouttes dans un peu d'eau en cas de contraction utérine. On les proscrira sévèrement si la femme a déjà fait quelque fausse couche, ou si elle a quelque perte sanguinolente.

B. ***Vêtements.*** — La femme enceinte doit éviter soigneusement toute striction de la taille. Elle aura toujours avantage à porter une *ceinture hypogastrique* à partir de quatre mois et demi environ. En tout cas, dès le troisième mois, le corset ordinaire doit être remplacé par un corset de grossesse, ou une sangle abdominale. Les jarretières sont à proscrire comme prédisposant aux varices.

C. ***Rapports sexuels.*** — Il n'y a pas lieu de les interdire, modérés cela va de soi, chez la femme normale ; cette interdiction est de mise, au contraire, si l'utérus, particulièrement irritable, entre en contraction pour la moindre cause, si surtout il existe des pertes sanguinolentes.

D. ***Hydrothérapie.*** — La femme gardera ses habitudes. Les bains tièdes sont toujours excellents. Quant aux douches et bains froids, il vaut toujours mieux s'en abstenir.

II. **Hygiène digestive.** — A. ***Alimentation.*** — La femme enceinte bien portante pourra user de tous les aliments, sauf du gibier faisandé. Comme boisson, on peut également tout lui permettre, la bière faible, le vin largement coupé d'eau ; elle fera toujours bien de prendre un peu de lait. On insistera sur les aliments rafraîchissants : les légumes verts, les fruits crus ou cuits.

B. ***Surveillance de l'intestin.*** — C'est là un des plus gros points de la surveillance médicale de la femme enceinte. La grossesse aggrave incontestablement la constipation ; il importe, pour éviter des accidents parfois très graves, d'assurer une garde-robe quotidienne. Si les selles ne se produisent pas spontanément, la femme les provoquera soit par des *lavements* (lavement huileux, lavement à l'infusion de racines de guimauve), soit par des *suppositoires*, soit encore par des *laxatifs* : cascara, rhubarbe, magnésie calcinée, sulfate de soude ou de magnésie, huile de ricin, etc. A cet égard, tout est permis, sauf l'aloès.

Les vraies purgations sont habituellement inutiles. En cas d'indication, on y aurait recours sans crainte d'interrompre la gestation.

III. **Hygiène génitale.** — Des LAVAGES VULVAIRES à l'eau et au savon sont pratiqués régulièrement matin et soir. QUANT AUX INJECTIONS VAGINALES, elles ne sont formellement indiquées qu'en cas de leucorrhée (Voy. p. 21) ; la femme absolument saine peut en

prendre, si elle le désire, mais cela n'est nullement nécessaire. Quoi qu'il en soit, elle aura bien soin de ne faire ces lavages qu'à l'eau bouillie, additionnée d'un antiseptique faible (Voy. p. 22), sous très faible pression, le bock n'étant pas placé à une hauteur de plus de 30 à 40 centimètres, et de ne se servir que d'une canule à trous latéraux.

IV. **Hygiène des seins.** — En dehors de la toilette quotidienne à l'eau et au savon, la femme qui va nourrir pourra, durant les quinze derniers jours de la gestation, se frotter, chaque matin, le mamelon à l'alcool, afin d'en bien détacher les croûtelles qui s'y déposent et d'en raffermir l'épiderme.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES MALADIES ET DES ACCIDENTS DE LA GROSSESSE

Traitement des diverses maladies au cours de la grossesse.
Traitement des vomissements incoercibles. L'avortement provoqué.
Traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie.
Traitement des hémorragies génitales de la grossesse.
I. Les hémorragies du début.
II. Le décollement du placenta normalement inséré.
III. L'insertion vicieuse du placenta. Technique de l'accouchement méthodiquement rapide.
Traitement de l'avortement.
Traitement de la grossesse extra-utérine.
Conduite à tenir en cas de mort de la femme enceinte.

I. — TRAITEMENT DES DIVERSES MALADIES AU COURS DE LA GROSSESSE.

§ 1. — Thérapeutique générale.

Traitement des infections aiguës. — Qu'il s'agisse de la grippe ou de la fièvre typhoïde, d'une pneumonie ou d'un érysipèle ou de toute autre affection aiguë, la conduite du médecin qui surveille la femme enceinte chez laquelle se déclare cette infection est régie par quelques principes très simples, qu'il nous est facile de résumer comme il suit :

1° Au cours de la grossesse, les infections aiguës seront traitées EXACTEMENT DE MÊME FAÇON QU'EN DEHORS DE LA GESTATION. Les divers médicaments, la balnéothérapie, etc., trouvent ici leurs indications habituelles.

2° LES INFECTIONS AIGUES NE CONSTITUENT PAS PAR ELLES-MÊMES UNE INDICATION A L'INTERRUPTION ARTIFICIELLE DE LA GROSSESSE : il n'y a donc pas lieu de pratiquer l'avortement thérapeutique, non plus que l'accouchement prématuré provoqué. Cette dernière intervention peut, cependant, reconnaître des indications tout à fait exceptionnelles, telles que la gêne respiratoire poussée jusqu'à l'orthopnée dans cer-

taines pleurésies à grand épanchement, par exemple. Quand l'avortement se fait spontanément, il importe, plus que jamais, qu'il n'y ait pas de rétention de débris ovulaires)Voy. p. 65). Quand la femme accouche en plein état aigu, il est indiqué de ne pas la laisser faire d'efforts d'expulsion, mais de terminer l'accouchement au forceps (Voy. p. 120), dès que la dilatation est complète.

3° Les COMPLICATIONS RÉNALES prenant, au cours de la grossesse, une IMPORTANCE TOUTE SPÉCIALE, il faut, même en présence d'une albuminurie insignifiante, instituer le régime lacté (Voy. p. 35) et le continuer jusqu'à la disparition de tout accident.

Traitement de la syphilis pendant la grossesse. — La syphilis étant la grande cause de la mort du fœtus pendant la gestation, de l'avortement, de l'interruption de la grossesse avant terme, de nombre d'accidents au premier rang desquels nous placerons l'hydramnios, il importe au plus haut point de diriger contre cette infection un traitement particulièrement rigoureux.

Indications du traitement spécifique. — Il faut, au cours de la grossesse, instituer le traitement spécifique chez les femmes suivantes :

1° Chez toute femme qui était *syphilitique avérée avant sa grossesse*, alors même que la contamination remonte à plusieurs années, et qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun accident appréciable ;

2° Chez toute femme qui contracte la syphilis soit lors de la fécondation, *soit au cours de cette grossesse actuelle*, alors même que la gestation est très avancée ;

3° Chez toute femme enceinte, saine en apparence, mais *qui aura été fécondée par un mari syphilitique* ;

4° Chez toute femme qui, saine en apparence, et mariée à un homme qui ne semble pas syphilitique, *présentera des antécédents obstétricaux liés d'habitude à la spécificité*, tels que : fausses couches répétées, mort du fœtus, interruption prématurée et sans cause appréciable de plusieurs grossesses, mise au monde d'enfants mort-nés ou malformés.

Direction du traitement spécifique. — Le traitement spécifique au cours de la grossesse doit répondre aux indications suivantes :

1° IL DOIT ÊTRE INSTITUÉ D'UNE FAÇON AUSSI PRÉCOCE QUE POSSIBLE. — L'idéal, lorsque la syphilis est antérieure à la gestation, est de traiter la femme *avant qu'elle ne soit fécondée* ; de même *le père ancien syphilitique doit se soumettre à une cure nouvelle* avant de féconder une femme restée saine jusqu'ici. En tout cas, le traitement sera instauré *dès le début* de la gestation, si l'on veut prévenir l'avortement. Quand la grossesse est plus avancée, ce traitement, qui alors

risque d'être moins actif, sera instauré dès que la femme se sera soumise à la surveillance médicale.

2° Il doit être continué pendant toute la durée de la grossesse, coupé par de courtes périodes de repos, comme nous allons l'indiquer.

3° Il doit être mixte, c'est-à-dire mercuriel et ioduré. Ces deux médicaments pourraient être associés en une même formule, celle que conseille Pinard, par exemple :

Biiodure de mercure....................	10	centigr.
Iodure de potassium.....................	10	grammes.
Eau distillée............................	250	—
Eau de menthe..........................	50	—

La femme prendra deux cuillerées à soupe de ce sirop, chaque jour, une à chaque repas.

Mais il est de beaucoup *préférable d'administrer séparément le mercure d'une part et l'iodure de l'autre*, et voici comment on peut diriger ce traitement.

A. **Administration du mercure.**— Seules, les *injections* donnent des résultats certains et en respectant au maximum les voies digestives. Suivant les conditions sociales dans lesquelles se trouve la femme, on aura recours à l'une des deux méthodes suivantes :

α. Quand la femme ne peut se faire faire facilement ses piqures, elle sera traitée à l'huile grise : *chaque semaine*, le médecin pratiquera une injection de sept divisions de la seringue de Barthélemy d'huile grise à 40 p. 100 ; cette injection sera intramusculaire ; on la fera au point de Barthélemy, c'est-à-dire au tiers antérieur d'une ligne joignant l'épine iliaque antéro-supérieure au coccyx. On fera, de suite, *une série de six piqûres* ; après ces six semaines, la femme se reposera deux semaines, puis on recommencera une nouvelle série de six semaines, suivie d'un autre repos de quinze jours, et ainsi jusqu'au terme de la grossesse.

β. Quand la femme peut aisément se faire faire une piqure quotidienne, mieux vaut recourir aux solutions solubles, et tout particulièrement au biiodure de mercure en solution aqueuse.

Formulons donc :

Biiodure de mercure..................................	0gr,02
Iodure de sodium pur et sec.........................	0gr,02
Eau distillée bouillie..........	Q. S. pour 3 cent. cubes.

Pour une ampoule, n° 15.

Chaque jour, à l'aide de la seringue de Luër, on fait une injection intramusculaire de l'une de ces ampoules. On pratique ainsi une *série ininterrompue de quinze piqûres* ; puis la femme est laissée au

repos pendant deux semaines ; on recommence ensuite une seconde série, et ainsi de suite jusqu'à la fin de la gestation.

Il est bien entendu que, pendant la grossesse, la femme *veillera tout spécialement à l'hygiène de la bouche*, ainsi que doit le faire toute personne qui prend du mercure : les gargarismes au chlorate de K, le nettoyage des dents à la poudre de bicarbonate de soude, l'ingestion de pastilles de chlorate sont indiqués ici, comme à l'ordinaire (Voy. *Traitement des maladies vénériennes*).

B. Administration de l'iodure.— L'iodure de potassium sera très facilement administré de la façon suivante.

On formulera :

Iodure de potassium......................	30	grammes.
Eau bouillie	450	—

La femme prendra quotidiennement : 1° *pendant dix jours une cuillerée à potage de cette solution*, dans un verre à boire de lait, ou d'eau, au milieu d'un des deux grands repas ; 2° *pendant les dix jours suivants*, *deux cuillerées à potage*, de la même façon, c'est-à-dire l'une au repas de midi et l'autre au repas du soir ; 3° *après ces vingt jours*, *la femme se reposera dix jours* et recommencera le même cycle.

Traitement local des accidents. — Les plaques muqueuses vulvaires, favorisant l'infection, devront faire l'objet d'une désinfection active : toute la région malade sera, matin et soir, lavée à l'eau savonneuse ; les excoriations et fissures seront touchées à la teinture d'iode fraîche, puis saupoudrées à l'aniodol, ou au peroxyde de zinc ; enfin on instituera les injections vaginales, biquotidiennes, au permanganate de potasse (1 gramme p. 1 000) ou à l'eau oxygénée (1 p. 2).

L'*injection intraveineuse d'arsénobenzol* (*606* d'Ehrlich) aidera, ici comme toujours, à la prompte disparition des accidents locaux.

De l'accouchement provoqué dans certains cas de syphilis contractée très tardivement au cours de la grossesse. — Quand une femme enceinte contracte la syphilis vers le septième mois et demi ou le huitième mois de la gestation, il devient indiqué, pour prévenir, s'il en est encore temps, la contamination de l'enfant, de provoquer l'accouchement prématuré (Voy. p. 191).

Traitement du diabète au cours de la grossesse. — Le diabète, que la grossesse aggrave manifestement, sera traité au cours de la gestation, comme en dehors de cet état (Voy. *Précis de thérapeutique médicale*).

L'indication de l'interruption artificielle de la grossesse se pose dans deux conditions :

1° Quand le diabète subit une *aggravation très précoce et rapide* ;

2° Quand, le *fœtus étant anormalement développé*, on est en droit de redouter des difficultés sérieuses, relevant de cet excès de volume, si l'accouchement avait lieu à terme (Voy. p. 305). C'est là une indication précise d'accouchement prématuré provoqué (Voy. p. 191).

Traumatismes et opérations chez la femme enceinte. — Les TRAUMATISMES seront traités comme à l'ordinaire. On aura soin, en plus, de prévenir ou d'arrêter les contractions utérines par la morphine (en injections par demi-centimètres cubes). En ce qui concerne les OPÉRATIONS CHIRURGICALES, la règle est la suivante : on pratiquera, sans hésiter, toute intervention immédiatement nécessaire ; on différera, au contraire, toute opération qui peut être remise à une date ultérieure sans aucun danger pour la mère.

Les SOINS DENTAIRES seront donnés, pendant la grossesse, sans inconvénient. Il importe même de surveiller les dents avec une particulière attention.

§ 2. — Traitement des affections digestives.

Constipation ; stercorémie. — Nous avons déja dit comment les femmes enceintes doivent lutter contre la constipation (Voy. p. 4) ; si celle-ci devient opiniâtre, il peut se produire des accidents de pseudo-obstruction intestinale, de stercorémie. Il faut dans ce cas :

1° *Débarrasser l'intestin* au plus tôt par un purgatif (eau de Sedlitz, huile de ricin) et de grandes entéroclyses ; celles-ci seront faites avec 3 ou 4 litres de sérum physiologique, que l'on fait pénétrer très profondément à l'aide d'une longue sonde molle introduite dans le côlon descendant. On emploiera également avec succès des lavements d'huile (300 grammes d'huile d'olive), que la malade gardera quelques heures, et qu'on fera suivre, au bout de ce temps, d'un lavement évacuateur ;

2° *Suivre un régime très strict* : la diète hydrique, durant les accidents aigus, puis le bouillon de légumes, le lait ; on reviendra progressivement à l'alimentation ordinaire.

3° *Quand la phase aiguë est passée*, on surveille très attentivement la régularité des selles (Voy. p. 4).

Hémorroïdes. — Leur traitement ne diffère en rien de ce qu'il est à l'état habituel. C'est encore par les lavements huileux, les suppositoires calmants (à la belladone, par exemple), les applications de compresses chaudes, ou au besoin de sachets de glace, que l'on calmera les crises aiguës.

Hernies. — Durant la grossesse, elles se réduisent d'elles-mêmes,

du moins momentanément. La pose d'un bandage est utile pendant les premiers mois ; à partir de quatre mois et demi, la femme portera une ceinture abdominale. L'étranglement herniaire sera traité *chirurgicalement*, comme à l'ordinaire (Voy. *Précis de thérapeutique chirurgicale*).

Appendicite. — Les indications opératoires sont *les mêmes qu'en dehors de l'état puerpéral* (Voy. *Précis de thérapeutique chirurgicale*). Quand on peut attendre, *on opérera à froid*, au cours même de la grossesse; quand il y a lieu de redouter la péritonite généralisée, il faut faut intervenir au plus vite; en cas d'hésitation, on trancherait plus volontiers la question dans le sens de l'intervention immédiate qu'en dehors de la grossesse. *Il n'y a pas à provoquer l'évacuation de l'utérus*, ni par avortement, ni par accouchement prématuré.

Affections du foie. — La ***lithiase biliaire*** est traitée comme à l'ordinaire (Voy. *Précis de thérapeutique médicale*). Le retour des crises peut être prévenu par l'ingestion, chaque matin, de 10 à 15 grammes de glycérine; on peut autoriser une cure de Vichy très prudente.

Les ***ictères*** ne comportent également pas de traitement spécial. Dans l'*ictère grave*, il est indiqué d'interrompre la grossesse par avortement provoqué (Voy. p. 33), mais non dans l'ictère bénin.

3. — Traitement des affections de l'appareil respiratoire.

Traitement de la tuberculose pulmonaire au cours de la puerpéralité. — Le véritable *traitement préventif* consiste à déconseiller formellement la grossesse à toute femme ayant présenté et, *a fortiori*, présentant des accidents caractérisés de tuberculose pulmonaire : lésions du sommet, hémoptysies, pleurésie, toux persistante avec amaigrissement et légère température vespérale, etc. A ce même point de vue, il faut se montrer extrêmement prudent si l'on est consulté en vue d'un mariage, et n'en donner l'autorisation médicale qu'à une jeune fille ayant eu, momentanément, accidentellement, des lésions tuberculeuses, mais n'étant point, par ailleurs, une prédisposée héréditaire, et surtout n'ayant aucun accident actuel. Supposons maintenant la femme enceinte : que faire?

I. ***PENDANT LA GROSSESSE.*** — Deux questions se posent : A. Comment traiter la tuberculose (traitement médical)? B. Faut-il laisser la grossesse évoluer (traitement obstétrical)?

A. **Traitement médical.** — Le traitement médical ne diffère en rien, *si ce n'est par sa rigueur*, de ce qu'il est en dehors de la puerpéralité (Voy. *Précis de thérapeutique médicale*). Les principaux points en sont, ici, comme toujours :

1° Le ***repos***, d'autant plus absolu que la malade présentera des accidents fébriles;

2° ***L'aération***, avec, s'il est possible, séjour à la campagne ;

3° La ***suralimentation***, intelligemment conduite, au moyen d'huile de foie de morue, de lait, des œufs crus, de la viande pulpée, etc.;

4° Le ***traitement symptomatique*** des divers accidents : toux (calmants, inhalations), insomnie (véronal), hémoptysies (repos absolu, glace à l'intérieur, chlorure de calcium, etc.);

5° La ***révulsion locale***, au moyen de cataplasmes sinapisés, de l'ignipuncture;

6° ***L'arsenic*** (en injections sous-cutanées sous forme de cacodylate, par exemple), parfois très efficace contre l'anorexie et l'affaiblissement.

B. **Traitement obstétrical.** — Il est absolument indiscutable que *la grossesse aggrave la tuberculose* ; cette aggravation est surtout manifeste pendant les cinq premiers mois; du cinquième au huitième mois et demi, il y a souvent une accalmie, et de nouveau un coup de fouet dans les deux semaines qui précèdent le terme. D'autre part, il est également certain que les tuberculeuses réagissent très différemment : tandis que chez les unes la gestation passe inaperçue, ou à peu près, chez d'autres elle est l'occasion d'accidents immédiatement graves, tels que : crises de suffocation, hémoptysies abondantes, etc. Basons-nous sur ces données pour diriger notre conduite, et disons :

1° ***Durant les quatre ou cinq premiers mois***, de deux choses l'une : ou la grossesse est très bien tolérée, ou elle entraîne une aggravation de l'état antérieur de la femme.

α. Si la grossesse est bien tolérée et que la malade s'alimente bien, *si elle ne maigrit pas* (et nous ne saurions trop insister sur la nécessité des *pesées fréquentes*), si elle n'a pas de fièvre, si surtout s'il s'agit d'une tuberculose fermée, il n'y a qu'à laisser continuer la grossesse, sous le contrôle de la plus étroite surveillance.

β. Si la grossesse donne, dès le début, un coup de fouet évident à la tuberculose, que l'on constate une extension des signes stéthoscopiques, qu'il y ait amaigrissement rapide, toux persistante, si surtout il s'agit d'une tuberculose ouverte, on est autorisé à pratiquer, sans tarder, l'*avortement provoqué* (Voy. p. 33), en prenant bien soin de réduire, au minimum, la perte de sang.

2° ***Du cinquième mois à la fin du huitième mois***, on est en droit d'escompter l'accalmie qui s'observe à cette époque de la gestation; d'autre part, l'enfant approche de la limite de la viabilité, sa survie doit donc entrer fortement en considération. Pour ces deux raisons,

il vaut mieux, à moins que l'on ait la main forcée par un des accidents que nous allons signaler dans quelques instants, *ne pas interrompre la grossesse* par un accouchement provoqué, qui, de fait, ne serait qu'un avortement, vu les chances cliniquement nulles de survie du fœtus.

3° ***Au cours du dernier mois***, redoutons, à nouveau, l'aggravation terminale ; comme, d'autre part, l'enfant est désormais bien viable, il n'y a pas à hésiter, à moins que l'état de la femme ne soit réellement très satisfaisant, à pratiquer l'*accouchement prématuré provoqué* (Voy. p. 191). On s'adressera toujours, de préférence, aux *méthodes rapides* : dilatation manuelle du col (Voy. p. 53), application d'un gros ballon (Voy. p. 50), puis dilatation artificielle (Voy. p. 53), de façon à éviter, dans la limite du possible, à la femme, la fatigue du travail.

4° ***Quelle que soit l'époque***, ***on interrompra immédiatement la grossesse***, s'il survient un des accidents aigus suivants :

Toux continue avec menace de suffocation ;

Hémoptysie tant soit peu importante ;

Production d'un épanchement pleural ou d'un pneumothorax ;

Poussée fébrile avec constatation d'une *laryngite tuberculeuse*.

5° ***Quand la femme est agonisante***, si le fœtus n'est pas viable, il est bien inutile d'évacuer l'utérus ; si l'enfant est viable, il faut au contraire, et dans son intérêt exclusif, *l'extraire au plutôt*, soit par *accouchement méthodiquement rapide* (Voy. p. 53), si, ce qui n'est pas rare en pareil cas, le col semble devoir se laisser très facilement dilater, soit par la *césarienne vaginale* (Voy. p. 177), soit même par l'*opération césarienne classique* (Voy. p. 212).

II. ***AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT***. — A. ***Pendant la période de dilatation***, on est autorisé à *hâter le travail*, par application d'un ballon (Voy. p. 50), ou par dilatation rapide du col (Voy. p. 53), si la femme, très fatiguée, dyspnéique, est épuisée par les douleurs et menacée de suffocation. Si le travail se déroule sans incident, il n'y a qu'à attendre la dilatation complète.

B. ***A la dilatation complète***, à moins que la femme n'expulse immédiatement, par une ou deux contractions, son fœtus, il faut *prévenir tout effort d'expulsion* et terminer, immédiatement, par forceps (Voy. p. 120) ou par version (Voy. p. 277).

C. ***Lors de la délivrance***, il importe plus que jamais d'empêcher la moindre hémorragie : l'inertie utérine commanderait donc rapidement la délivrance artificielle (Voy. p. 354).

III. ***PENDANT LES SUITES DE COUCHES***. — Le *traitement médical* sera continué avec la même rigueur que durant la

grossesse. La femme ne se relèvera que parfaitement remise, et on ne saurait trop lui conseiller de faire immédiatement une cure d'air et de repos à la campagne.

L'allaitement maternel est sévèrement interdit à toute tuberculeuse, qu'elle ait des lésions graves ou très minimes. On l'interdira de même à toute femme ayant présenté antérieurement des accidents tuberculeux actuellement guéris. Cette dernière règle peut souffrir l'exception suivante : une femme, ayant eu, il y a plusieurs années, des accidents tuberculeux momentanés et ayant entièrement cicatrisé sa lésion, si la grossesse s'est parfaitement passée, qu'elle n'a point maigri, pourra, si elle accouche pendant l'été, donner le sein à son enfant pendant les deux ou trois mois suffisants pour permettre à ce dernier d'atteindre, sans accident, l'automne. Cet allaitement ne sera jamais prolongé ; le moindre incident le ferait immédiatement interrompre.

L'*enfant* issu de mère tuberculeuse sera *confié à une nourrice au sein* et, s'il est possible, tenu à l'écart de la contagion familiale.

§ 4. — Traitement des affections de l'appareil circulatoire.

Cardiopathies. — Envisageons plusieurs hypothèses suivant que la femme cardiopathe présente ou ne présente pas d'accidents au cours de sa grossesse.

A. **Conduite à tenir en l'absence de toute complication.** — 1° *Pendant la grossesse.* — Il faut veiller, avec le plus grand soin, à ce que la femme *ne se fatigue pas:* toute occupation capable d'entraîner le moindre effort doit être suspendue ; *à ce qu'elle ne s'intoxique pas*, et ce point est absolument capital. L'alimentation sera substantielle et légère, composée surtout de lait, d'œufs frais, de légumes verts, de fruits cuits. La *vacuité de l'intestin* fera l'objet d'une surveillance toute spéciale ; les légers laxatifs (huile de ricin, sulfate de soude, etc.) donnent ici, comme toujours, d'excellents résultats.

2° *Pendant le travail.* — Durant la période de dilatation, il sera bon de soutenir le cœur à l'aide d'un peu de caféine et de kola. *Dès que la dilatation est complète*, on procède à l'*extraction artificielle* du fœtus, de façon à supprimer tout effort d'expulsion ; sitôt après la délivrance, il faut appliquer, sur l'abdomen, un pansement ouaté assez épais et bien serré, de façon à combattre, dans la mesure du possible, l'effet de la brusque décompression qui vient de se produire.

3° *Pendant les couches.* — L'allaitement sera systématiquement interdit. La femme aura bien soin de ne pas se relever avant d'être parfaitement remise.

B. **Traitement des petites complications : œdèmes, albuminurie, crises de tachycardie, menace d'asystolie.** — Quand la grossesse se complique de ces accidents courants de toute cardiopathie qui n'est pas absolument compensée, il faut, afin d'en prévenir de plus graves, instituer immédiatement le traitement suivant :

1° Repos au lit absolu, et ceci jusqu'à disparition complète de tout accident ;

2° Régime lacté absolu (Voy. p. 35), remplacé lorsque l'albumine aura disparu, ou ne persistera plus qu'en quantité infime, par le *régime déchloruré* (Voy. p. 37), celui-ci sera enfin remplacé par le régime ordinaire, quand tout œdème aura cessé ;

3° Purgation (30 grammes d'huile de ricin), puis lavements et laxatifs journaliers ;

4° Diurétiques : tisanes variées, théobromine, digitale, lactose ;

5° Saignée légère (200 grammes environ) si la tension artérielle est élevée et si la malade paraît menacée d'asystolie.

Faut-il interrompre la grossesse ? — En général, non, à moins que ces accidents n'apparaissent *dès le début* de la gestation *et qu'ils ne cèdent pas* au traitement approprié. En pareil cas, il n'y a pas à laisser évoluer la grossesse, qui ne pourrait qu'amener des accidents très graves pour la mère, et on pratiquera l'*avortement provoqué* (Voy. p. 33). De même on n'hésitera par à pratiquer l'*accouchement prématuré provoqué* (Voy. p. 191), quand le fœtus est bien viable (vers sept mois et demi à huit mois), pour peu que la femme, fatiguée par la grossesse, gênée par la distension abdominale, ne donne à ce moment des signes manifestes d'épuisement du myocarde.

C. **Traitement des accidents gravido-cardiaques.** — Quand de graves accidents éclatent chez une cardiopathe, au cours de la grossesse, on ne doit plus se contenter du traitement établi plus haut, mais instituer, immédiatement, une thérapeutique énergique dont voici les bases :

1° ***Il faut évacuer l'utérus*** au plus vite, soit par l'*accouchement méthodiquement rapide* (Voy. p. 53) si le col est très souple et le fœtus très petit, soit par la *césarienne vaginale* (Voy. p. 177) si les tissus résistent aux tentatives de dilatation extemporanée et si le fœtus est déjà assez volumineux.

2° ***On pratiquera une saignée*** assez copieuse, de 350 à 400 gr.

3° ***On appliquera, en outre, le traitement médical*** usité en pareil cas (Voy. *Précis de thérapeutique des maladies de l'appareil circulatoire*) et dont nous ne pouvons ici que rappeler les points principaux : inhalations d'oxygène, ventouses sèches ou scarifiées, injec-

tions d'éther, d'huile camphrée, de caféine ou de strychnine, contre la défaillance cardiaque.

Varices. — Elles seront traitées, comme à l'ordinaire, par le *repos*, les jambes restant alors étendues et surélevées sur un coussin, la *compression légère* au moyen de bandes de crêpe Velpeau ou de bas à varices que la femme enceinte peut, en dépit d'antiques préjugés, porter sans inconvénient.

On proscrira sévèrement le port des jarretières et la station debout; la marche sera, par contre, autorisée.

En cas d'accidents de *périphlébite variqueuse*, on aura recours, outre le repos absolu au lit et la position déclive du membre, aux applications de compresses humides, *loco dolenti*.

Anémie pernicieuse. — Il sera bien difficile d'enrayer la marche de cette affection. On le tentera cependant, en *interrompant la grossesse* par accouchement prématuré provoqué (Voy. p. 191), dès qu'on aura porté un diagnostic certain. Le traitement médical comprendra : l'administration d'*arsenic* à haute dose (par exemple, d'arsenic colloïdal, en injections intraveineuses), les injections de sérum physiologique (250 grammes par jour), les inhalations d'oxygène, et peut-être l'opothérapie par l'extrait de moelle osseuse? On s'efforcera surtout de nourrir la malade à l'aide de viande crue pulpée, d'œufs et de lait.

§ 5. — Traitement des affections du système nerveux.

Traitement des névrites puerpérales. — 1° *Pendant la grossesse.* — Leur thérapeutique ne diffère en rien de celle des névrites en général (Voy. *Thérapeutique des affections nerveuses*). On insistera, en outre, sur l'importance toute spéciale du *traitement antitoxique* (régime lacté, purgatifs). Si les accidents s'accentuent, quoi qu'on fasse, si surtout il existe des accidents oculaires (névrite optique), *il faut interrompre la grossesse* par avortement provoqué (Voy. p. 33) ou par accouchement prématuré (Voy. p. 191).

2° *Pendant le « post partum ».* — Les névrites ont alors tendance à régresser spontanément. Une fois la crise aiguë passée, on combattra l'atrophie musculaire par le *massage* et l'*électrisation*.

Traitement de la chorée gravidique. — Les bases du traitement, qui d'ailleurs n'offre ici rien de spécial à l'état puerpéral, sont :

1° Le repos au lit soit absolu, soit relatif, suivant l'intensité des phénomènes nerveux.

2° Les calmants : *bromure* à haute dose (6 à 10 grammes par jour), *antipyrine* (1 à 2 grammes), *grands bains* tièdes.

Quand, malgré tout, les phénomènes s'aggravent, que l'agitation incessante épuise la malade, que celle-ci perd tout sommeil, il ne faut pas hésiter à *interrompre la grossesse.*

Traitement de la maladie de Basedow. — Le *traitement médical* ne diffère en rien de ce qu'il est d'habitude. On insistera particulièrement sur l'importance du régime lacté. L'aggravation continue des accidents, en dépit de la thérapeutique, commanderait l'interruption de la grossesse.

Traitement des psychoses puerpérales. — Il faut surtout savoir en *traiter la cause* : auto-intoxication gravidique (Voy. p. 30) ou infection puerpérale (Voy. p. 385). Après l'accouchement, la malade doit être *séparée de son enfant*, l'allaitement maternel pouvant être dangereux à des titres différents, pour l'un ou pour l'autre. Quant au traitement médical, il est le même qu'en dehors de la période puerpérale (Voy. *Thérapeutique des maladies mentales*).

Les accidents mentaux pouvant être souvent, surtout pendant les suites de couches, tout momentanés, on se gardera bien de faire transporter les malades dans un asile d'aliénés, avant d'avoir acquis la conviction qu'il s'agit d'une vésanie confirmée et durable.

§ 6. — Traitement des affections cutanées.

Prurigo généralisé. — Comme cette affection est souvent liée à l'intoxication gravidique, on la traitera d'abord par le *régime lacté.* Comme traitement symptomatique, on aura recours aux *bains alcalins*, aux douches tièdes, parfois aussi aux lotions vinaigrées.

Herpès gestationis. — Le régime lacté peut, là encore, être utile. Localement, on aura soin de crever les bulles dès leur apparition et de recouvrir les régions atteintes de compresses humides (à l'eau bouillie, à l'eau chloralée).

Gale. — On peut la traiter comme à l'ordinaire (Voy. *Thérapeutique des maladies de la peau*) ; peut-être est-il plus prudent de se contenter, durant la grossesse, de grands bains suivis de frictions faites avec 50 grammes de baume du Pérou.

§ 7. — Traitement des affections du système articulaire.

Relâchement douloureux des symphyses. — Le traitement consiste essentiellement :

1° Dans le repos, soit absolu et au lit, dans les cas très sérieux, soit tout au moins, en situation horizontale, plusieurs heures par jour ;

2° Dans le port d'une ceinture, appliquée *très bas*, de façon à appuyer sur les trochanters ;

3° Les bains tièdes et prolongés (trois quarts d'heure à une heure) constituent de bons calmants.

4° Le phosphate de chaux, administré à l'intérieur, combat utilement la décalcification.

Rhumatisme génital. — Ce rhumatisme, qui n'est pas autre chose que le rhumatisme gonococcique apparaissant au cours de la puerpéralité, sera traité comme il suit :

1° Immobilisation des articulations malades, pendant la période aiguë ;

2° Enveloppement de ces articulations au salicylate de méthyle ;

3° Comme calmants, le salicylate de soude sera essayé; il échoue souvent. On aura surtout recours à l'aspirine, à la dose de 2 grammes par vingt-quatre heures, en quatre doses ;

4° L'écoulement vaginal sera combattu par des injections au permanganate de potasse (1 gramme par litre), répétées matin et soir;

5° Comme régime : surtout du *lait* ; des alcalins (eau de Vichy, bicarbonate de soude) ;

6° Après la phase aiguë, massage des articulations pour éviter l'ankylose.

§ 8. — Traitement des affections urinaires.

Traitement des cystites. — En dehors de celles qui sont liées à la rétroversion de l'utérus gravide (Voy. p. 23), les cystites sont traitées, au cours de la grossesse, comme en dehors de cet état (Voy. *Thérapeutique des maladies des voies urinaires*), c'est-à-dire par :

1° Le régime : boissons diurétiques, lait, tisanes et alcalins (eau de Vichy) ; abstention de toute épice, de tout alcool;

2° Les grands bains chauds et les injections vaginales chaudes (45°) au permanganate (1 gramme p. 1000);

3° L'urotropine : 2 grammes en vingt-quatre heures, dans un litre de tisane de queues de cerises ;

4° Des lavages de vessie, s'il en est besoin (Voy. *Thérapeutique des maladies des voies urinaires*).

Traitement des néphrites. — Quand une femme atteinte d'une néphrite devient enceinte, il faut redoubler la rigueur de son régime habituel (Voy. *Thérapeutique des maladies des voies urinaires*) et, surtout, la soumettre, immédiatement, au *régime lacté*. Si, malgré ce régime sévère, on voit la quantité des urines diminuer, leur teneur en albumine augmenter, si surtout il se produit des phénomènes faisant craindre l'urémie, il n'y a pas à hésiter : il faut, sans plus tarder, *interrompre la grossesse* par *avortement provoqué* (Voy. p. 33) ou par *accouchement provoqué* (Voy. 191).

Traitement de la pyélonéphrite puerpérale. – C'est là une affection fréquente qu'il faut bien savoir dépister. Durant la gestation, c'est la cause habituelle de la fièvre de la grossesse que n'explique aucune autre maladie. Après l'accouchement, on y pensera toujours afin de ne pas croire à une infection puerpérale et à ne pas entreprendre un traitement intempestif.

La pyélonéphrite n'étant qu'une traduction de la colibacillose gravidique, il y a un véritable *traitement prophylactique* de cette affection qui n'est autre que le traitement de la constipation, de la stercorémie (Voy. p. 10). Ici, nous n'aurons à nous occuper que du traitement proprement dit de la pyélite. Ce traitement est avant tout médical : il peut, dans certains cas, être aussi obstétrical ; il ne sera chirurgical que très exceptionnellement.

1. ***Traitement médical.*** — Il doit s'adresser à la fois à l'infection générale et aux symptômes locaux.

A. **Traitement général.** — Nous prescrirons :

1° Le REPOS AU LIT, absolu, du moins tant que la malade a de la fièvre ;

2° Le RÉGIME LACTÉ, qui sera remplacé par le RÉGIME LACTO-VÉGÉTARIEN, dès que la phase la plus aiguë paraît terminée. Dans l'intervalle des crises, la femme pourra reprendre à peu près l'alimentation habituelle, en s'abstenant toutefois de vin, de bière, de café, et en ne mangeant pas de viande ;

3° LES TISANES DIURÉTIQUES : queues de cerises, chiendent, infusions variées prises chaudes (menthe, camomille, tilleul) ;

4° L'UROTROPINE, à titre de désinfectant interne. Le mieux est de faire absorber, quotidiennement, 2 *grammes* d'urotropine dans un litre de queues de cerises ; quand le pus diminue, on passe à 1gr,5, puis à 1 gramme ;

5° Les LAXATIFS LÉGERS : 15 grammes de sulfate de soude ou de magnésie, chaque matin ; on en aidera l'effet par des lavages intestinaux.

B. **Traitement des accidents locaux.** — 1° La DOULEUR rénale sera calmée par des enveloppements humides et chauds de tout le tronc, que l'on répétera trois à quatre fois par vingt-quatre heures.

2° LA RÉTENTION DU PUS dans le bassinet (pyonéphrose), qui coïncide avec des poussées paroxystiques de température, cesse d'habitude spontanément sous l'action des diurétiques. S'il en était autrement, on pourrait recourir à deux méthodes :

a. *La distension vésicale de Pasteau.* — La malade ayant uriné, on introduit très lentement, dans la vessie, au moyen d'une sonde de Nélaton montée sur la seringue de Guyon, 300 à 500 grammes d'eau

boriquée tiède à 37°; la femme s'efforce de conserver cette injection vésicale durant vingt minutes, puis elle urine à nouveau. La distension vésicale produit, par réflexe, l'évacuation du bassinet. Cette manœuvre est renouvelée deux à trois fois par vingt-quatre heures. C'est là une *excellente méthode*, d'emploi facile et très efficace.

b. *Le cathétérisme des uretères* (Voy. *Thérapeutique des maladies des voies urinaires*). — Son indication naît de l'échec de la méthode précédente; on laissera la sonde urétérale en place pendant deux à trois jours et par cette sonde on pratiquera des lavages du bassinet, d'abord à l'eau boriquée, puis au nitrate d'argent, en solution faible.

II. *Traitement obstétrical.* — L'interruption de la grossesse est très habituellement contre-indiquée. On aura cependant recours à l'*accouchement prématuré provoqué* (Voy. p. 191) quand la lésion est *double*, quand, en dépit du traitement médical, les phénomènes persistent et s'aggravent et que l'état général s'altère.

III. *Traitement chirurgical.* — *Très exceptionnellement*, quand il existe une pyonéphrose volumineuse que rien ne fait cesser, on peut, après échec de toute autre méthode, recourir à la *néphrostomie* (Voy. *Thérapeutique des maladies des voies urinaires*).

§ 9. — Traitement des affections de l'appareil génital.

Prurit vulvaire. — Le traitement de cette complication, souvent extrêmement tenace, de la grossesse, doit s'adresser *avant tout à sa cause*. Or le prurit relève habituellement de deux sortes de causes : de l'intoxication gravidique et de la leucorrhée. L'intoxication gravidique sera traitée comme à l'ordinaire (Voy. p. 30), et particulièrement par le régime lacté.

La leucorrhée sera combattue par des injections fréquentes (Voy. p. 22).

Le *traitement symptomatique* consiste en :

1° Grands bains tièdes, alcalins, répétés tous les jours, matin et soir;

2° Lotions locales chaudes et application de compresses humides à l'eau chloralée (1 p. 100) ou à la cocaïne (en solution aqueuse à 2 p. 100);

3° Badigeonnages avec une solution faible de *nitrate d'argent* à 1 p. 100.

Végétations vulvaires. — Tout dépend de leur volume et de leur extension.

1. Les *petites végétations* discrètes, peu nombreuses, seront traitées médicalement ;

1° Par des injections antiseptiques répétées deux fois par jour, au

permanganate (1 p. 1 000), à l'eau oxygénée (1 p. 2), à la liqueur de Labarraque (30 p. 1 000);

2° Par des attouchements locaux à la teinture d'iode, ou à l'acide picrique (en solution aqueuse à saturation);

3° Par des applications de poudres astringentes et antiseptiques, par exemple :

Poudre de tanin	60	grammes.
Perborate de soude	30	—

II. Les *grosses végétations*, étendues, exulcérantes, relèvent du traitement chirurgical, c'est-à-dire qu'on en pratiquera l'*exérèse*, comme en dehors de la grossesse (Voy. *Thérapeutique des maladies vénériennes*), soit à la curette, soit au thermocautère.

Leucorrhée; vaginite granuleuse. — Il y a le plus grand intérêt à combattre les écoulements vaginaux durant la grossesse, car ils peuvent être l'origine d'accidents infectieux lors des couches et d'infections oculaires chez le nouveau-né.

Le traitement comprend trois points :

1° Les soins locaux, consistant en injections vaginales chaudes (à 45° environ), répétées deux à trois fois par vingt-quatre heures, et prises en position allongée. On se servira pour ces injections d'eau oxygénée, en alternant avec le permanganate de potasse à 1 p. 1 000. Quand il existe en outre des *ulcérations chancrelleuses* de la vulve, après avoir rasé soigneusement les grandes lèvres et les avoir désinfectées à l'eau savonneuse puis à l'eau oxygénée, on attouche les points malades à la teinture d'iode. Les cautérisations sont répétées deux fois par jour; dans leur intervalle, la vulve est largement saupoudrée de peroxyde de zinc ou de poudre d'aniodol.

2° Les grands bains, pris quotidiennement.

3° Les alcalins a l'intérieur, sous forme d'eau de Vichy ou de bicarbonate de soude dans du lait, surtout lorsqu'il existe des signes d'urétrite ou de cystite concomitante. Il va sans dire que, dans cette dernière hypothèse, la malade doit se soumettre au régime alimentaire prescrit en pareil cas : abstention des condiments, de vin, de bière, de café, de thé, des liqueurs; comme boisson : eau de Vichy, lait, tisane de queues de cerises.

Endométrite déciduale. — Quand une femme enceinte présente des pertes glaireuses (hydrorrhée), muco-purulentes, ou séro-sanguinolentes (hydro-hématorrhée), elle doit être, avant tout, considérée comme menacée de fausse couche. L'accoucheur qui la surveille doit tout tenter pour prévenir cet avortement, sans d'ailleurs

trop s'illusionner sur ce résultat. Le traitement sera dirigé comme il suit :

1° Repos au lit, quand les pertes sont teintées de sang; autrement, la femme peut se lever et marcher, mais en évitant soigneusement toute fatigue ;

2° Injections vaginales, à 45°, prises matin et soir, en position allongée, au permanganate (1 p. 1 000), à la liqueur de Labarraque (30 p. 1 000), à l'eau oxygénée (1 p. 2).

3° Décongestifs utérins, surtout quand les pertes sont sanguinolentes : extrait fluide d'*hydrastis canadensis* ou de *viburnum prunifolium* (à la dose quotidienne de XL gouttes) ou encore *iodure de potassium* administré comme dans le traitement de la syphilis (Voy. p. 9);

4° En cas de menaces d'avortement (contractions douloureuses de l'utérus, pertes plus nettement sanglantes), *immobilisation*, au lit, absolue, et *laudanum* par lavements de XX gouttes, répétés deux fois par vingt-quatre heures.

5° Quand l'avortement s'est produit, il est indiqué, dans les deux jours suivants, de pratiquer un *curettage méthodique de l'utérus* (Voy. p. 391), pour éviter tant l'infection immédiate que le retour de semblables accidents lors d'une grossesse ultérieure.

Prolapsus de l'utérus gravide. — Très habituellement, la chute de l'utérus va *se réduire d'elle-même*, par suite de l'accroissement de volume de la matrice ; de fait, il est exceptionnel de voir le prolapsus persister au delà du troisième mois. On se comportera différemment suivant le degré de la lésion.

1° ***Quand le prolapsus est incomplet***, que le col descend au voisinage de la vulve, mais sans l'atteindre, le mieux est de faire porter à la femme un *pessaire* (Voy. *Gynéc.*), qu'on retirera vers quatre mois ou quatre mois et demi. Des injections biquotidiennes en assureront l'asepsie.

2° ***Quand le prolapsus est complet***, que le col fait saillie hors de la vulve, il *faut maintenir la femme au lit*, en position dorsale et légèrement inclinée, le siège étant surélevé par un coussin, par rapport aux épaules. On pratique, en outre, le *refoulement manuel de l'utérus*, et on applique, en permanence, sur la vulve, un pansement aseptique (gaze stérilisée et ouate hydrophile) solidement maintenu par un bandage en T.

3° ***S'il survient quelque accident d'incarcération*** de l'utérus prolabé, le mieux est de pratiquer, sans attendre, l'*avortement provoqué* (Voy. p. 33).

4° ***Quand le prolapsus persiste au moment de l'accouchement,***

hypothèse d'ailleurs tout à fait exceptionnelle, il faut, lors des poussées, maintenir l'utérus soit au niveau de la vulve, soit au travers de la paroi abdominale; on agira de même si l'on a à procéder à l'extraction artificielle du fœtus.

Rétroversion de l'utérus gravide. — Le grave accident qu'il faut redouter en cas de rétrodéviation de l'utérus gravide, c'est l'*incarcération*, avec ses conséquences, principalement du côté de l'appareil urinaire. L'accoucheur se proposera donc pour but : 1° de prévenir cette incarcération ; 2° de la traiter si elle se produit.

I. *Traitement préventif de l'incarcération de l'utérus gravide.* — Il consiste essentiellement à favoriser la réduction spontanée de la déviation et à pratiquer artificiellement cette réduction quand elle ne s'opère pas d'elle-même.

A. **On favorisera la réduction spontanée de l'utérus rétrodévié** par trois moyens : 1° ON FAIT PORTER A LA FEMME UN PESSAIRE (Voy. *Gynéc.*);

2° On lui fait prendre, chaque jour pendant vingt minutes, matin et soir, la POSITION GÉNU-PECTORALE. Par ailleurs, la malade fera bien de rester couchée, le plus possible, à plat ventre;

3° On veille, avec le plus grand soin, à l'ÉVACUATION RÉGULIÈRE DE LA VESSIE ET DE L'INTESTIN. Souvent, la vessie ne parvient à se vider que très imparfaitement : cette *rétention d'urine*, en dehors de ses conséquences propres, contribue à aggraver la rétroversion. Il faut (fig. 1), en pareil cas, CATÉTHÉRISER LA VESSIE TROIS A QUATRE FOIS PAR JOUR à l'aide d'une *sonde de Nélaton* (la sonde de femme ordinaire serait beaucoup trop courte, vu l'étirement de l'urètre).

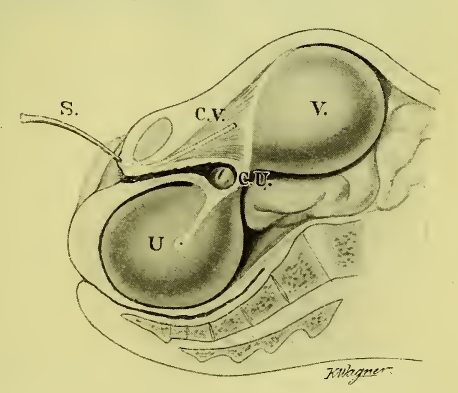


Fig. 1. — *Rétroversion de l'utérus gravide* : une sonde, S, longue et flexible, est introduite, au travers du col vésical, C.V, très étiré, dans la vessie. En C.U, le col utérin ; en U, le corps.

B. **On opère artificiellement la réduction de l'utérus rétrodévié** soit par voie vaginale, soit, au besoin, par voie abdominale. Les moyens seront gradués comme il suit :

1° ON TENTE, TOUT D'ABORD, LA RÉDUCTION MANUELLE PAR LE VAGIN. —

La vessie et le rectum ayant été soigneusement évacués, par cathétérisme et par entéroclyse, on couche la femme en travers du lit, et mieux encore en *position déclive de Trendelenburg*. Une pince de Museux est placée sur la lèvre antérieure du col. La main droite (fig. 2), en supination, introduit deux à trois doigts dans le cul-de-sac postérieur ; ces doigts prennent contact avec la face postérieure et le fond de l'utérus, qu'ils soulèvent d'*arrière en avant*, et qu'ils reportent *de haut en bas*, non pas directement sur la ligne médiane, car la matrice buterait contre le promontoire, mais bien OBLIQUEMENT, en

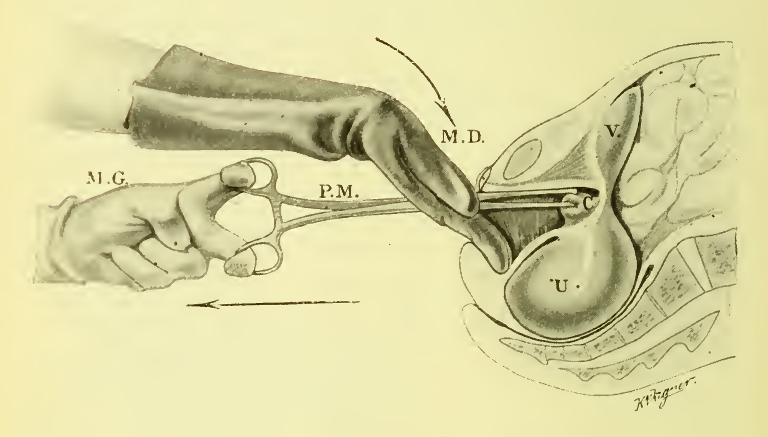


Fig. 2. — *Réduction manuelle d'une rétroversion de l'utérus gravide :* tandis que la main gauche, M.G., tire sur le col à l'aide de la pince de Museux, P.M., la main droite, M.D., rétropulse le fond de l'utérus, U.

haut et à gauche, ou en haut et à droite, de façon à faire passer l'utérus dans l'une des encoches sacro-iliaques. Pendant que la main droite agit ainsi, LA MAIN GAUCHE SAISIT LA PINCE DE MUSEUX et exerce sur elle des tractions qui ont pour résultat d'abaisser le col au fur et à mesure que le corps se relève. Cette double manœuvre, faite au besoin sous chloroforme, réussira très généralement à réduire l'utérus. Le résultat acquis est maintenu par la pose d'un pessaire laissé en place pendant quelques jours ou même quelques semaines.

2° EN CAS D'ÉCHEC DE CETTE MANŒUVRE, ON TENTE LA RÉDUCTION LENTE A L'AIDE D'UN BALLON de Champetier posé à demeure *dans le vagin* (Voy. p. 50), durant vingt-quatre à quarante-huit heures. Pendant ce temps, la femme restera étendue en position légèrement déclive et prendra, le plus souvent possible, la position génu-pectorale.

3° QUAND TOUTES CES MANOEUVRES VAGINALES répétées plusieurs fois dans le jour ont échoué, si surtout *il existe des signes menaçant d'incarcération*, il convient, sans attendre la production de ce dernier accident, de procéder à la ***réduction chirurgicale par voie haute***. L'abdomen étant ouvert, la main va chercher dans le Douglas le fond de l'utérus ; elle l'en extrait doucement, détruit les adhérences qui l'y maintenaient; puis on fixe l'utérus à la paroi abdominale, par l'intermédiaire des ligaments ronds : c'est la LIGAMENTOPEXIE INTRA-ABDOMINALE au cours de la grossesse (Voy. *Gynéc.*). Des injections de morphine (par quart de centigramme) sont données quatre fois par vingt-quatre heures, durant les deux ou trois jours suivants, pour prévenir l'avortement.

II. ***Traitement de l'incarcération***. — L'accident que l'on redoutait s'est produit : il y a rétention complète d'urine et des matières stercorales; la femme se plaint de douleurs pelviennes irradiées vers les cuisses. Que faire? Tout dépend de la durée de l'incarcération et, par conséquent, de l'intensité des lésions consécutives.

A. **L'incarcération est récente; la vessie ne se vide pas, mais elle reste intacte; l'état général est bon.** — Allons d'abord *au plus pressé*, c'est-à-dire *évacuons immédiatement la vessie* par cathétérisme à la sonde de Nélaton, et même, si l'on ne réussit pas ainsi, par *ponction vésicale* sus-pubienne (Voy. *Thérapeutique des maladies des voies urinaires*). Ceci fait, évacuons l'intestin par entéroclyse. Ces réservoirs étant vides, nous procéderons à la réduction de l'utérus comme il vient d'être dit, en tentant d'abord les manœuvres vaginales, pour s'adresser, en cas d'échec, à la voie abdominale. Durant les jours suivants, on veillera, avec un soin tout particulier, à la vacuité de la vessie, que la distension de l'utérus a rendue paresseuse.

B. **L'incarcération date de quelques jours; l'état général est gravement atteint; il y a à craindre la cystite gangreneuse.** — Dans ce cas, le traitement chirurgical est seul de mise. Il consiste : 1° à évacuer la vessie; 2° à évacuer l'utérus.

1° L'***évacuation de la vessie*** est tentée, d'abord par cathétérisme, puis, en cas d'échec, par ponction sus-pubienne. Quand l'urine ainsi retirée est sanguinolente, noirâtre, d'odeur putride, il faudra, séance tenante, procéder à la *cystostomie sus-pubienne*, suivie de drainage (Voy. *Thérapeutique des maladies urinaires*).

2° L'***évacuation de l'utérus*** ne saurait être faite par avortement; il faudra pratiquer soit l'hystérotomie, soit l'hystérectomie.

α. L'HYSTÉROTOMIE s'adresse aux cas non septiques. Ce doit être, essentiellement, une COLPO-HYSTÉROTOMIE : la femme étant préparée

comme pour la colpotomie postérieure (Voy. p. 400), on incise, d'avant en arrière, la paroi vaginale postérieure, que fait bomber l'utérus ; on incise, suivant la même direction, l'utérus lui-même et, par des points de catgut, on fixe les lèvres de la plaie utérine aux lèvres correspondantes de la brèche vaginale. La matrice étant ainsi *marsupialisée* par voie basse, on en évacue le contenu par curage digital (Voy. p. 65), pour terminer par un tamponnement qui sera retiré au bout de vingt-quatre heures.

β. L'hystérectomie vaginale s'adresse aux cas septiques, lorsque les symptômes généraux et la fétidité de l'écoulement permettent de suspecter l'infection intra-utérine. Elle se pratique suivant la technique habituelle (Voy. *Gynéc.*).

II. — TRAITEMENT DES ACCIDENTS ET DES MALADIES PROPRES A LA GROSSESSE.

§ 1. — MALADIES DE L'ŒUF.

Traitement de la rupture prématurée des membranes. — Tout dépend des conditions dans lesquelles cette rupture se produit.

I. *La femme n'est pas en travail.* — A. La grossesse n'est pas a terme. — Il y a deux indications à remplir :

α. Tout, alors, doit être mis en œuvre pour prolonger cette grossesse, s'il est possible. La femme sera *maintenue au lit* ; si des contractions utérines surviennent, on les combattra à l'aide du laudanum (XXV gouttes en lavement).

β. En même temps, on s'efforce de *maintenir les voies génitales en un état d'asepsie aussi rigoureuse que possible* : la vulve est, matin et soir, soigneusement nettoyée à l'eau chaude et au savon ; deux fois par jour, également, on donne une *injection vaginale*, à 38° et sous très basse pression, afin de ne pas réveiller la contractilité utérine, au permanganate de potasse (à 1 p. 1000) ou à l'eau oxygénée (à 1 p. 2). La vulve sera garnie, en permanence, d'un pansement aseptique (ouate et gaze) maintenu par un bandage en T.

Parfois, au bout de quelques jours, la perte d'eau s'arrête d'elle-même. La femme peut alors reprendre sa vie habituelle, en évitant soigneusement tout effort ou toute fatigue.

B. La grossesse est a terme. — La rupture des membranes n'est, alors, que le prélude, plus ou moins lointain, du travail. Il n'y a pas à tenter de retarder la venue des contractions utérines ; il n'y a pas,

non plus, à les solliciter, du moins tant que le col reste long et fermé et qu'il n'existe aucun signe d'infection. Nous nous bornerons donc à prendre les précautions d'asepsie indiquées ci-dessus.

II. ***La femme est en travail.*** — A. Le travail marche régulièrement ; il n'y a pas d'infection ; le fœtus ne souffre pas. — Maintenons la *femme au lit* ; donnons toutes les quatre heures une injection vaginale, et attendons la terminaison spontanée de l'accouchement. Nous aurons soin, en pareil cas, d'ausculter le cœur fœtal encore plus fréquemment qu'à l'ordinaire.

B. Le travail traîne ; il existe quelques signes d'infection amniotique ou de souffrance fœtale. — Dans ce cas, mettons tout en œuvre pour accélérer la dilatation (Voy. p. 115), et, dès que celle-ci est complète, terminons, pour peu que l'expulsion ne se fasse pas immédiatement, par forceps ou par version.

Toute femme qui aura eu une rupture prématurée des membranes devra être, après l'accouchement, l'objet d'une particulière surveillance, au point de vue de la possibilité d'apparition de quelque infection puerpérale.

Traitement de l'hydramnios. — Les deux variétés, aiguë et chronique, doivent être, au point de vue thérapeutique, nettement différenciées.

1° *Traitement de l'hydramnios aigu.* — Étant donné que la grossesse ne va pas continuer, qu'il y a des risques sérieux que l'enfant soit non viable (par malformation, par exemple), que la vie de la mère peut, brusquement, être mise en danger, *il n'y a qu'à débarrasser la femme de cette grossesse pathologique* ; choisissons le moyen qui permet de pallier, immédiatement, au symptôme principal (surdistension utérine), et qui, secondairement, peut amener l'apparition du travail, la ponction de l'œuf hydropique.

Technique de la ponction de l'œuf hydropique. — *Cette ponction pourrait se faire, au travers de la paroi abdominale*, à mi-distance, par exemple, de l'ombilic et du pubis et sur la ligne médiane. Elle sera faite, dans ce cas, exactement comme une ponction d'ascite (Voy. *Précis de thérapeutique médicale*). Mais cette voie abdominale n'a que des indications *absolument exceptionnelles*, naissant de l'impossibilité d'atteindre l'œuf, au travers du col. *Dans la presque totalité des cas, c'est au travers de l'orifice cervical* qu'il faudra ponctionner l'œuf. La femme est mise en position obstétricale; les grandes lèvres sont rasées, la vulve est soigneusement nettoyée à l'eau chaude et au savon, ainsi que le vagin, que l'on irrigue finalement à l'eau oxygénée. Une large valve déprimant le périnée, on jette, sur la lèvre antérieure du museau de tanche, une pince de Museux qui

permet d'abaisser légèrement le col et surtout de l'immobiliser. On s'assure, alors, de la perméabilité du canal cervical ; si ce canal était strictement fermé, rien ne serait plus simple que de le dilater aux bougies de Hégar. Ceci fait, on ponctionne le pôle inférieur de l'œuf, soit avec un trocart de Potain, soit encore à l'aide du perce-membrane ou d'une lame de ciseaux. Le liquide s'écoule très aisément et en grande quantité. Il n'est pas besoin de créer une très large brèche, car il vaut mieux que la décompression ne se fasse pas trop soudainement.

En général, l'apparition des douleurs se fera peu attendre à la suite de cette ponction. Dans quelques très rares cas, la grossesse pourrait continuer, sans que l'hydramnios se reproduise, du moins, en semblable quantité.

2° *Traitement de l'hydramnios chronique.* — A. Pendant la grossesse. — Le traitement sera avant tout, et presque exclusivement, *pathogénique*, c'est-à-dire qu'on traitera la cause dont relève l'hydramnios : syphilis (Voy. p. 7), etc. Par ailleurs, *on maintiendra la femme* au repos le plus possible, surtout s'il existe des menaces d'interruption de la grossesse. Il peut être bon de soumettre la malade au *régime déchloruré* (Voy. p. 37).

B. Pendant le travail. — La femme *doit rester couchée*, dès le début. Si la dilatation traîne anormalement en longueur, *il devient indiqué de rompre les membranes avant la dilatation complète*, quand l'orifice cervical atteint une dimension de 5 à 7 ou 8 centimètres de diamètre. Cette rupture sera faite (Voy. p. 86) dans l'intervalle de deux contractions, et par un *orifice aussi minuscule* que possible, de façon à éviter la trop brusque sortie du liquide qui pourrait entraîner le cordon. Un aide tentera, pendant que le liquide s'écoule, de diriger, au travers de l'abdomen, la tête fœtale vers l'excavation.

Il faut se souvenir que les femmes ayant eu de l'hydramnios seront plus exposées que les autres aux hémorragies de la délivrance par inertie utérine (Voy. p. 360).

Traitement de la mort du fœtus. — Nous ne nous occuperons ici que de la mort *aseptique*, la *macération fœtale*, celle que l'on observe pendant la grossesse, et surtout lorsque l'œuf est fermé ; la mort septique, la putréfaction fœtale, sera étudiée à propos des accidents de l'accouchement (Voy. p. 320).

Conduite à tenir en cas de fœtus mort et macéré. — A. Tant que l'œuf n'est pas ouvert, la femme ne court aucun risque et peut vaquer à ses occupations ordinaires ; *il n'y a donc rien à faire* qu'à lui recommander les soins d'hygiène habituels (Voy. p. 4) et la laisser attendre l'apparition spontanée du travail. La provocation de

l'accouchement n'est, en pareil cas, nullement indiquée; à vrai dire, elle est même contre-indiquée, pour deux raisons : d'abord, on risque de commettre une erreur de diagnostic et de faire venir, très avant terme, un enfant vivant mais non encore viable, que l'on croyait mort parce qu'on n'entendait pas les bruits du cœur ; en second lieu, l'accouchement provoqué expose, souvent, en pareil cas, à bien des mécomptes, en raison de l'inertie utérine.

B. Dès que l'œuf est ouvert, la situation est complètement changée; l'infection, à vrai dire exceptionnelle avec un fœtus macéré, est cependant à craindre, et il faut, immédiatement, *provoquer l'accouchement* (Voy. p. 191).

Pendant le travail, on attendra, au besoin en en accélérant la marche si elle était trop lente (Voy. p. 115), que la dilatation soit complète ; ceci fait, on laissera autant que possible l'expulsion se faire spontanément, les tentatives d'extraction artificielle devenant parfois très difficiles du fait de la friabilité des tissus fœtaux que l'on n'arrache que trop aisément par lambeaux.

Lors des couches, il faudra se méfier de la rétention, très fréquente en pareil cas, de la caduque, et recourir à l'*écouvillonnage* (Voy. p. 377) de la cavité utérine, au moindre signe d'infection. Enfin on se souviendra que la cause habituelle de la mort du fœtus est la syphilis, et qu'en cas de doute il est prudent, en vue ou lors d'une grossesse ultérieure, de soumettre la femme au traitement spécifique (Voy. p. 7).

Traitement de la mort habituelle du fœtus au cours de la grossesse. — Quand une femme qui a déjà perdu plusieurs enfants vers une même époque, du septième au huitième mois par exemple, se trouve enceinte, il faut, tout d'abord, traiter la cause, évidente ou simplement probable, de cette série d'accidents. C'est dire qu'il y aura à instituer le régime lacté chez les albuminuriques (Voy. p. 35), et le traitement spécifique (Voy. p. 7) chez les syphilitiques; ce traitement sera même légitimement institué en cas de doute.

Quand on ne peut attribuer la *mort habituelle* à aucune cause définie, *on est autorisé à pratiquer l'accouchement provoqué* (Voy. p. 191), dix à quinze jours environ avant l'époque où, d'ordinaire, le fœtus succombe. Cet accouchement prématuré donnera souvent un enfant vivant et viable quand il peut être fait vers le huitième mois; plus tôt, il n'en faut pas trop escompter les résultats.

L'accouchement provoqué est encore de mise dans les cas où la femme a tendance à dépasser le terme et qu'elle a déjà perdu un ou plusieurs enfants par grossesse prolongée.

§ 2. — TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES.

Deux principes généraux doivent être posés au début de l'étude du traitement des vomissements incoercibles :

1° Quand les vomissements paraissent liés à quelque lésion locale, c'est cette lésion qu'il s'agit tout d'abord de traiter. Laissant de côté les lésions de l'estomac étudiées en pathologie médicale, nous ne citerons ici que les lésions utérines : une ulcération du col serait cautérisée (Voy. *Gynéc.*); une rétrodéviation serait redressée (Voy. *Gynéc.*); etc.

2° La thérapeutique médicamenteuse ne donne aucun résultat sérieux ; tout doit être ici question d'hygiène et de régime.

I. **Conduite à tenir pendant la première période.** — La femme vomit; elle maigrit, mais son état général reste assez satisfaisant; le pouls est au-dessous de 100; il ne se produit pas de complications. On dirigera ainsi le traitement :

A. ***Repos au lit.*** — Ce repos doit être absolu ; il y a, en outre, tout avantage à isoler la malade dans la limite du possible.

B. ***Évacuation de l'intestin.*** — Cette partie du traitement nous semble d'autant plus importante qu'on connaît bien actuellement le rôle étiologique de la constipation dans l'apparition des vomissements incoercibles. On commence par donner à la malade une entéroclyse de 4 à 6 litres de sérum physiologique; on essaie, en outre, de lui faire prendre, par voie bucccale, de l'eau de Sedlitz : un premier verre, puis un second au bout d'une demi-heure, puis un troisième encore une demi-heure plus tard, et au besoin un cinquième et un sixième ; la femme en vomit la plus grande partie, mais elle en garde chaque fois un peu, et cela finit par agir. Le premier déblayage effectué, on s'assurera, ensuite, d'une selle quotidienne à l'aide d'un lavement de 250 grammes d'huile d'olive.

C. ***Sédation du système nerveux.*** — L'isolement est le meilleur calmant; on essaiera, en outre, du *bromure* à la dose de 4 à 6 grammes en lavements, de *chloral* surtout si la malade ne dort pas ; une bonne formule serait :

Hydrate de chloral........................	4 grammes.
Bromure de potassium....................	6 —
Laudanum de Sydenham.................	XII gouttes.
Lait..	150 grammes.

A prendre, le soir, en lavement tiède.

L'hyperexcitabilité stomacale sera combattue de deux façons :

α. Par l'*application de sacs de glace* sur le creux épigastrique ;

β. Par des *pulvérisations d'éther*, en cette même région, à l'aide de l'appareil de Richardson, et que l'on répète plusieurs fois par jour. Enfin le *pyrosis* sera combattu par l'absorption de poudres alcalines (craie préparée, magnésie calcinée).

D. ***Régime alimentaire.*** — On commence par mettre la malade *à la diète absolue*, pendant vingt-quatre à quarante-huit heures; durant ce temps, elle trompe sa soif en se rinçant fréquemment la bouche avec de l'eau aromatisée (au menthol), et en suçant des petits morceaux de glace qu'elle doit cracher.

Après cette période de repos, on essaie de reprendre l'alimentation, et alors de deux choses l'une :

α. **Ou bien il n'y a qu'intolérance relative, élective, et on peut alimenter la malade.** — On lui conseillera, suivant son goût personnel, soit les liquides *très chauds*, soit les *liquides glacés* : lait, bouillon, jus de viande, grog, infusions de toute espèce (thé, café, menthe, anis, etc.). Ces liquides doivent toujours être pris par très faibles quantités : une ou deux cuillerées à la fois, même moins, s'il le faut. Parfois les aliments solides, surtout les bouillies un peu épaisses et les panades, sont mieux supportés que les liquides ; à cet égard, il faut suivre le caprice de chaque malade.

β. **Ou bien il y a intolérance absolue pour tous les aliments.** — La malade vomit, et toujours, tout ce qu'elle absorbe. Abandonnons alors complètement la voie buccale pour ne l'alimenter que par la voie rectale ; on y arrive de deux façons :

1° Par des lavements nutritifs (Voy. *Précis de thérapeutique médicale*) répétés matin et soir ;

2° Par des transfusions aqueuses, opérées ainsi que le conseille Bonnaire : une sonde à entéroclyse est introduite *très profondément* (40 à 50 centimètres) dans le côlon, tandis que la malade est couchée la tête basse et le siège surélevé ; par cette sonde, on fait passer, chaque jour, 1 litre d'une solution à 37° de 10 grammes de phosphate de soude dans 1 000 grammes d'eau bouillie ; ce liquide, contenu dans un bock à peine surélevé par rapport au plan du lit, doit pénétrer *avec la plus extrême lenteur*, de façon à tomber pour ainsi dire goutte à goutte dans l'intestin, si bien que cette transfusion demande une heure pour être bien faite. De cette façon, l'intestin n'est pas incité à se contracter, et le liquide est totalement absorbé. Ce moyen est extrêmement précieux, puisqu'il permet d'hydrater largement la malade sans rien faire passer par l'estomac.

E. *Injections sous-cutanées de sérum physiologique.* — Ce très utile adjuvant, de mise dans tous les cas, devient indispensable quand la malade est soumise à la diète absolue; il faut, alors,

pratiquer, chaque jour, une injection sous-cutanée de 300 à 500 grammes de sérum physiologique. Cette quantité serait, s'il le fallait, portée à 1 000 grammes en deux doses.

F. ***Aération.*** — Quand les conditions le permettent, le séjour au grand air peut être extrêmement utile ; on le remplacera, dans la limite du possible, par une large aération de la chambre de la malade et par des inhalations d'oxygène répétées deux à trois fois par vingt-quatre heures.

Tout ce traitement triomphe des vomissements dans la grande majorité des cas ; il faut bien se souvenir qu'il y aura, même après la reprise de la santé, des rechutes momentanées, et que l'état gastro-intestinal de ces femmes doit rester l'objet d'une surveillance attentive et prolongée.

II. **Conduite à tenir pendant la deuxième période.** — Ici, il n'y a pas à hésiter : il faut, dès que l'indication en existe, interrompre immédiatement la grossesse par *avortement provoqué.* Le seul point délicat consiste précisément à poser cette indication. Remarquons, tout d'abord, qu'il y a un groupe de femmes chez qui on interrompra la grossesse dès la première période : ce sont celles qui portent, déjà, quelque tare que la grossesse va aggraver : tuberculose, cardiopathie, albumine précoce et marquée, par exemple. Quand la femme est, en dehors de ces vomissements, exempte de toute maladie, on se basera sur les symptômes suivants : *a.* aggravation manifeste de l'état général, la malade vomissant tout, étant épuisée par une sialorrhée continuelle, ne dormant plus ; *b.* perte continuelle et marquée de poids (400 à 500 grammes par jour) malgré les injections du sérum ; *c.* abaissement du taux des urines ; *d.* accélération permanente du pouls qui bat à 100 et au-dessus ; *e.* apparition de complications variées, au premier rang desquelles nous citerons l'*ictère*, puis l'albumine, les troubles oculaires, les névrites périphériques. En présence d'un pareil tableau, il n'y a pas à hésiter ; quand un seul de ces signes existe, la question est plus délicate, mais il est bien évident que le sacrifice d'une grossesse, quelque pénible qu'il soit, ne saurait être mis en balance avec les risques de laisser mourir une femme. Quand l'avortement provoqué est décidé, — et tout praticien ne prendra une telle détermination qu'après s'être entouré, à moins de cas de force majeure, de l'avis d'un ou de deux confrères, — on commence par rédiger une consultation écrite, exposant les motifs qui commandent cette intervention, et dont chacun des consultants aura soin de conserver le double. Ceci fait, on se conduira différemment suivant l'urgence :

1° La femme est-elle en un état vraiment sérieux ? — Mieux vaut évacuer l'utérus par *avortement brusqué* (Voy. p. 42).

2° A-t-on le temps d'agir plus lentement ? — On peut tout d'abord essayer la méthode de Copeman : elle consiste à dilater le col à l'aide des bougies de Hégar (Voy. *Gynéc.*), puis à décoller, avec le doigt, le pôle inférieur de l'œuf, de l'orifice interne du col. Ce procédé, qui a parfois donné des résultats, a l'avantage de permettre à la grossesse de continuer son cours ; si, dès les vingt-quatre heures qui suivent cette intervention, aucune amélioration n'est survenue, il n'y a pas à attendre davantage, il faut pratiquer l'avortement provoqué.

Technique de l'avortement provoqué. — La femme est mise en position obstétricale; la vulve est rasée et soigneusement lavée à l'eau chaude et au savon, ainsi que le vagin, que l'on irrigue ensuite au moyen d'une injection d'eau oxygénée; enfin la vessie est évacuée par cathétérisme. Sauf chez les femmes particulièrement pusillanimes, toute anesthésie est inutile.

Une valve déprimant le périnée, on abaisse le col à la vulve à l'aide d'une pince de Museux, jetée sur la lèvre antérieure du museau de tanche. L'opération proprement dite va, dès lors, comprendre deux temps :

1° Dilatation du col. — Cette dilatation préalable peut être inutile, s'il s'agit d'une multipare à canal cervical béant. Chez la primipare, elle est indispensable. Le mieux est de la faire à l'aide des *bougies de Hégar* (Voy. *Gynéc.*), dont l'introduction est facilitée par le ramollissement gravidique. Si, pour une raison quelconque, cette dilatation extemporanée ne pouvait être réalisée, hypothèse bien exceptionnelle d'ailleurs, on se bornerait à poser à demeure dans le col une tige de laminaire (Voy. *Gynéc.*), remplacée au bout de douze heures par une seconde plus volumineuse, et, le lendemain matin, il devient aisé de compléter la dilatation aux bougies de Hégar.

2° Mise en place d'un ballon excitateur. — Dès que le col est suffisamment perméable, on introduit, dans l'utérus, le *petit ballon de Champetier* (fig. 3) plus volumineux et surtout beaucoup plus résistant que le trop fragile ballon de Tarnier. Ce petit ballon est placé (Voy. fig. 4) exactement de la même façon que le gros modèle (Voy. p. 50). Si l'on ne pouvait se procurer cet appareil, on pourrait y suppléer par l'introduction *in utero* d'un tamponnement à la gaze stérilisée, imbibée d'un peu de teinture d'iode, et dont on bourre la partie inférieure de la cavité utérine et toute la cavité cervicale. On termine par une injection vaginale, et on place, sur la vulve, un pansement aseptique. La femme ne tarde pas à être prise de douleurs ;

au bout d'un temps variable, elle expulse son ballon, et l'œuf vient à

Fig. 3. — Le petit ballon de Champetier, tout gonflé, la pince porte-ballon et la seringue.

la suite; il n'y a qu'à s'assurer que l'avortement est bien complet et qu'à le compléter, s'il est nécessaire, par le curage digital (Voy. p. 65).

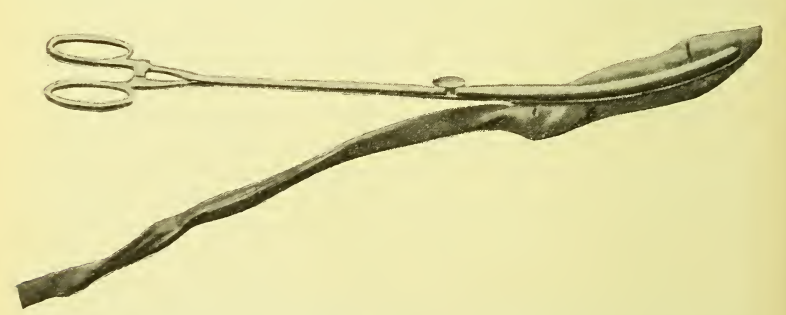


Fig. 4. — Le petit ballon de Champetier, monté sur sa pince, et prêt à être introduit *in utero*.

Si la fausse couche traîne en longueur, il faut, dès que la dilatation

le permet, procéder à l'*avortement accéléré* (Voy. p. 42), en évacuant l'utérus, sous anesthésie (de préférence à l'éther) soit au doigt, soit à l'aide d'une pince à faux germe.

On fera bien de toujours procéder, en terminant, *à une soigneuse révision de la cavité utérine*, pour la débarrasser par curettage (Voy. p. 393) des moindres débris qui auraient pu y rester; ces femmes sont, en effet, particulièrement désarmées contre la moindre infection.

III. **Conduite à tenir pendant la troisième période.** — A ce moment, malgré le calme trompeur qu'elle présente et qu'elle éprouve, la malade est perdue quoi qu'on fasse : en désespoir de cause, on pratiquera immédiatement l'*avortement brusqué*, mais sans s'illusionner sur le résultat.

Rappelons, en terminant, que cette dernière période survient parfois d'une façon fort brusque et fort inattendue : il importe donc de ne pas se laisser surprendre !

§ 3. — TRAITEMENT DE L'ALBUMINURIE.

Deux cas doivent être envisagés, en clinique, suivant que l'albumine est le seul symptôme, ou qu'au contraire il existe des accidents concomitants.

I. **L'albuminurie ne s'accompagne d'aucun accident.** — A. ***Il n'existe que de très faibles quantités d'albumine.*** — Il n'est pas nécessaire, en pareil cas, de soumettre la femme au régime lacté absolu, et on peut se contenter du *régime lacto-végétarien* : la femme pourra manger des potages maigres, des farines, des légumes (pommes de terre, en particulier), des pâtes, des crèmes, des compotes de fruits ; comme boisson, elle prendra du lait et de l'eau sous forme de tisanes ou d'infusions, à discrétion ; on interdira absolument la viande, le poisson, le vin, la bière et toutes les liqueurs.

B. ***L'albumine existe en quantité appréciable.*** — Le traitement sera ainsi ordonné :

1° **Régime lacté absolu**, la femme devant s'alimenter *exclusivement* avec du lait, dont elle prendra de *3 à 4 litres par vingt-quatre heures*. Ce lait sera absorbé, à volonté chaud ou froid, bouilli ou cru, et toujours par petite quantité, pas plus d'une demi-tasse à la fois ; on peut l'aromatiser avec quelques gouttes de café ou d'essence de menthe. Après chaque absorption, la femme fera bien de se rincer la bouche avec un peu d'eau de Vichy parfumée à la menthe. *Toutes les tisanes et infusions* sont recommandées. Ce régime

lacté absolu sera continué tant que l'albumine, dosée chaque jour, dépasse 1 gramme. Quand il n'y a plus que quelques centigrammes, on institue le régime mixte, lacto-végétarien.

2° **Surveillance rigoureuse de l'intestin,** qui doit être évacué chaque jour, grâce à des laxatifs dont on aide l'action par des lavements.

3° **Grands bains chauds** de trois quarts d'heure à une heure.

4° **Protection contre le froid** : les vêtements de flanelle sont, à cet égard, très précieux.

5° **La femme évitera toute fatigue** : le repos au lit est absolument indiqué, pour peu que l'albumine ait tendance à augmenter.

II. **L'albuminurie s'accompagne d'accidents d'intoxication.** — Ces accidents consistent surtout en : céphalée, vomissements, insomnie, diminution de la quantité des urines, œdèmes, troubles sensoriels.

On commencera par soumettre la femme à la diète hydrique: pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, la malade n'absorbera absolument *que de l'eau*, eau d'Alet ou d'Évian, infusions de menthe ou de tilleul, tisanes de queues de cerises, de chiendent. Puis, quand les troubles s'amendent, on passe au régime lacto-hydrique : 2 litres d'eau et 2 litres de lait par vingt-quatre heures; puis au régime lacté absolu.

La malade devra *garder le lit* d'une façon rigoureuse.

L'intestin sera évacué d'abord par un purgatif énergique : 60 grammes d'huile de ricin avec une goutte d'huile de croton; puis chaque jour on assurera une garde-robe à l'aide d'une entéroclyse.

Si la tension sanguine s'élève, que les urines diminuent de quantité, qu'en un mot les prodromes de l'éclampsie apparaissent, il ne faut pas hésiter *à pratiquer une saignée* de 400 à 500 grammes.

Quand, en dépit du régime précédent, l'albumine, loin de décroître, augmente de quantité, quand surtout *il apparaît des troubles du côté de la vue*, indice d'une rétinite albuminurique, il faut recourir immédiatement à l'*interruption de la grossesse*, soit par *avortement provoqué* (Voy. p. 33), soit par *accouchement provoqué* (Voy. p. 191), suivant l'époque de la grossesse.

III. **Traitement spécial des œdèmes.** — Nous ne parlerons pas ici de l'œdème lié à l'existence de varices (Voy. p. 16), ni de ceux qui accompagnent quelque cardiopathie (Voy. p. 14), mais uniquement de l'œdème d'origine rénale, et allant de pair avec un abaissement du taux des chlorures dans les urines.

Quand ces œdèmes s'accompagnent d'albumine, ils seront traités

comme cette dernière, *par le régime lacté*, ainsi que nous venons de le dire.

Quand les œdèmes ne s'accompagnent pas d'albumine, ou du moins que l'albumine est insignifiante, on peut remplacer le régime lacté par les *régimes déchlorurés*. Ce régime, dont nous n'avons pas à faire ici l'étude (Voy. *Précis de thérapeutique médicale*), peut être compris suivant un des schémas suivants :

1° Widal et Javal. — Par vingt-quatre heures :

Pain déchloruré	500	grammes.
Viande	400	—
Beurre	80	—

2° Achard. — Par vingt-quatre heures :

Pain déchloruré	200	grammes.
Pommes de terre	300	—
Riz	100	—
Sucre	100	—
Beurre	25	—

3° Bar et Daunay. — Par vingt-quatre heures :

Sucre (sous forme de confitures)	30	grammes.
Café	30	gr. en 2 tasses.
Pain déchloruré	400	—
Riz sec	30	—
Haricots	50	—
Œufs	90	gr. soit 2 gros œufs.
Beurre	60	—
Lait	200	—
Bœuf rôti, sans sauce	90	—
Veau rôti, sans sauce	80	—
Eau, à volonté		

La femme pourra combattre la fadeur des aliments préparés sans sel à l'aide d'un peu de poivre ou de quelques gouttes de jus de citron.

§ 4. — TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE.

Du traitement prophylactique, nous ne dirons rien ici, puisque nous venons de l'étudier à propos de l'albuminurie. Le traitement proprement dit diffère suivant les périodes de l'affection qu'il s'agit de combattre.

I. — Traitement à la phase prodromique.

En présence des signes l'*éclampsisme*, alors que les accidents ne sont pas encore apparus, il faut tout faire pour en prévenir la venue. On instituera donc :

1° La diète hydrique absolue, qui ne sera abandonnée que lorsque tout danger paraît éloigné ;

2° Le repos au lit et l'isolement, dans une chambre aérée, mais dépourvue de lumière, et surtout loin de tout bruit ;

3° L'évacuation de l'intestin à l'aide de 60 grammes d'huile de ricin additionnée d'une goutte d'huile de croton, puis d'une grande entéroclyse de 2 à 4 litres ;

4° Le chloral (2 à 4 grammes) le *bromure de potassium* (4 à 6 grammes) administrés en lavement (dans 150 grammes de lait tiède) aideront à combattre l'éréthisme nerveux ;

5° Une saignée de 300 a 400 grammes est indiquée pour peu que la tension artérielle soit élevée. A son défaut, on pourrait toujours appliquer quatre ventouses scarifiées sur chaque région lombaire ;

6° L'accouchement provoqué (Voy. p. 191) serait indiqué si les symptômes ne s'amendent pas rapidement sous l'effet de ce traitement.

II. — Traitement des accès éclamptiques.

A. **Traitement de l'accès proprement dit.** — Il faut tenter de faire avorter l'accès, et, s'il se produit, empêcher la malade de se blesser durant les convulsions cloniques.

1° **On tente de faire avorter l'accès.** — La personne qui surveille l'éclamptique, et cela sans la quitter un seul instant, guette l'apparition des contractions fibrillaires de la face qui indiquent la venue d'un accès ; aussitôt, elle fait respirer à la malade *quelques gouttes de chloroforme*, et elle ne suspend cette inhalation qu'au bout de quelques instants, alors que le calme est complètement rétabli. Il est bien entendu que le chloroforme ne sera administré que dans ces conditions précises et limitées.

2° **On protège la malade pendant l'accès.** — Il est inutile de la maintenir, elle ne tombera pas de son lit ; mais il est de la plus haute importance d'*empêcher les blessures de la langue par morsure* : on y arrive en saisissant, à deux mains, dès le début de l'accès, un mouchoir plié en long comme une compresse-longuette, et en l'insinuant, bien tendu, entre les arcades dentaires, de façon à empri-

sonner la langue dans le fer à cheval du maxillaire inférieur. On aura, également, toujours eu soin, dès que l'on arrive près de la malade, *de la débarrasser de toutes pièces de prothèse dentaire*, dont la chute dans les voies respiratoires pourrait être éminemment dangereuse.

B. **Traitement durant la période des accès.** — Ce traitement doit être médical et obstétrical.

I. **Traitement médical.** — Il consiste en :

1° Diète absolue. — Il n'est guère utile de faire boire la malade pendant cette période ; si cependant on veut lui faire prendre quelque liquide, ce ne pourrait être que de l'eau.

2° Saignée abondante. — A moins que la malade ne vienne d'avoir une hémorragie de la délivrance, il faut la saigner, dès le début des accès. Cette saignée sera de 200 à 400 grammes, si le pouls est peu tendu; de 600 à 800 grammes si la tension artérielle est très forte ; si la femme est très congestionnée, la saignée pourra être répétée, si l'hypertension persiste, au bout de vingt-quatre à trente-six heures.

3° Évacuation intestinale. — Par purgatif drastique (Voy. plus haut) et entéroclyse.

4° Inhalations d'oxygène. — C'est là une bonne méthode adjuvante.

5° Isolement rigoureux. — La malade sera maintenue loin du bruit et de la lumière, absolument comme une tétanique.

II. **Traitement obstétrical.** — 1° Pendant la grossesse. — Il est exceptionnel que l'éclampsie apparaisse avant le sixième mois; si, par exception, il en était ainsi, à moins que la crise ne soit légère et de brève durée, il ne faudrait pas hésiter à pratique l'*avortement provoqué* (Voy. p. 33). Dans les trois derniers mois, on se guidera sur les considérations suivantes ; si le fœtus est encore loin du terme (avant le neuvième mois), si l'éclampsie est légère, on laisse la grossesse continuer ; si, par contre, le fœtus est déjà bien développé (courant du neuvième mois), si surtout les accès sont répétés, le coma intense, les urines rares, *il faut évacuer l'utérus* le plus rapidement possible. Théoriquement, l'opération idéale est la césarienne (Voy. p. 212); mais on hésite à entreprendre une laparotomie dans de telles conditions ; mieux vaut agir par voie basse : soit *par césarienne vaginale* (Voy. p. 177), si le col, long et résistant, ne semble pas devoir se laisser dilater sans déchirure, soit au contraire *par accouchement méthodiquement rapide*, si les tissus sont assez souples pour se prêter à cette dilatation extemporanée. Pour ce faire, on n'aura pas recours aux méthodes de lenteur, mais bien aux

procédés rapides : dilatation bimanuelle (Voy. p. 53) ou dilatation avec l'instrument de Bossi (Voy. p. 56). Quand l'enfant est mort, il n'est pas nécessaire pour l'extraire d'obtenir une dilatation complète : avec une dilatation de 6 à 8 centimètres, il sera facile de faire passer ce fœtus à l'aide du cranioclaste (Voy. p. 267).

2° Pendant le travail. — Souvent, chez les éclamptiques, l'accouchement est *rapide et silencieux* : il faut donc penser à surveiller fréquemment la femme pour éviter toute surprise. D'ailleurs, pour peu que le travail traîne, *il faut l'accélérer*, en complétant la dilatation comme il vient d'être dit; à la dilatation complète, *on intervient aussitôt* par forceps (Voy. p. 120) ou par version (Voy. p. 277). La *délivrance* peut se compliquer, comme chez toute albuminurique, d'hémorragie par inertie ; on se souviendra de ce fait pour en prévenir les conséquences (Voy. p. 360).

3° Après l'accouchement. — Il n'y a qu'à veiller tout particulièrement à ce que la femme ne s'infecte pas.

C. **Traitement après les accès.** — α. **Dans la période de coma.** — On se borne à maintenir la malade *isolée* et à *lui faire absorber de l'eau.* S'il y a *anurie persistante*, on peut songer à la décapsulation des reins complétée par la néphrotomie.

β. **Quand l'état de mal est passé.** — La malade est maintenue au régime lacto-hydrique, puis lacté, pendant de longs jours ; l'alimentation végétarienne ne sera reprise que lorsqu'il n'existe plus que quelques centigrammes d'albumine. On veillera tout spécialement à la vacuité de l'intestin.

Une éclamptique pourra nourrir son enfant, quand l'état de mal sera complètement terminé. On aura soin, cependant, de la surveiller de peur qu'elle ne présente, à ce moment, des accidents mentaux.

§ 5. — TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES DE LA GROSSESSE.

I. — Hémorragies des quatre premiers mois.

En mettant de côté les hémorragies qui préludent à un avortement (Voy. p. 61) et celles qui accompagnent une grossesse extra-utérine (Voy. 69), il reste deux affections dont il nous faut décrire ici le traitement : l'endométrite hémorragique et la môle hydatiforme.

I. — Traitement de l'endométrite hémorragique.

L'endométrite hémorragique est une cause presque fatale d'avortement. Toute la question, au point de vue clinique, est de savoir si cet avortement peut encore être évité et, dans le cas contraire, comment on peut prévenir toute complication.

I. **Il est peut-être possible d'éviter l'avortement.** — La femme sera maintenue au lit d'une façon absolue. Matin et soir, elle recevra une injection vaginale d'eau bouillie additionnée de 1 gramme de permanganate de potasse p. 1 000, à la température de 40 à 45°. Pour tenter de diminuer la congestion utérine, on lui fera absorber XL à L gouttes par jour d'un mélange d'extrait fluide d'*Hydrastis canadensis* et de *Viburnum prunifolium*. Quand les hémorragies s'accompagneront de tranchées utérines, on calmera ces dernières par l'ingestion de laudanum (XV à XX gouttes à la fois). La vacuité de l'intestin sera assurée par des laxatifs légers, dont on aidera l'effet par de petits lavements d'huile.

II. **L'avortement semble inévitable.** — De deux choses l'une : les hémorragies ont ou n'ont pas mis la femme en état général précaire.

A. *L'état général est bon.* — En pareil cas, il n'y a qu'à laisser agir la nature : l'avortement se fera, on se bornera à en suivre l'évolution afin de prévenir toute complication (Voy. p. 63) ; puis, *alors même qu'il n'y a pas rétention ovulaire, on pratiquera, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, un curettage très sérieux de l'utérus* (Voy. p. 393), de façon à prévenir la persistance des pertes et le retour ultérieur de semblables accidents.

B. *L'état général est sensiblement altéré.* — En pareil cas, il faut non seulement laisser l'avortement se faire, mais même le provoquer, *les hémorragies persistantes du début de la grossesse constituant une indication très nette d'avortement thérapeutique.* Suivant les cas, on aura recours :

A l'avortement provoqué (Voy. p. 33), quand, le travail d'avortement n'étant pas commencé, la femme n'est pas en un état comportant des inquiétudes immédiates ;

A l'avortement accéléré (Voy. p. 63), quand la fausse couche commençait à se faire spontanément, mais traînait en longueur ;

A l'avortement brusqué (Voy. p. 42), quand, la fausse couche n'ayant pas tendance à se faire spontanément, l'état général de la femme dénote une anémie aiguë assez intense pour inspirer des craintes immédiates.

Il est bien entendu que, dans tous ces cas, on ne négligera pas le traitement général (Voy. p. 367).

II. — *Traitement de la môle hydatiforme.*

Deux cas sont à envisager, suivant qu'on a fait, ou non, le diagnostic exact.

I. **On n'a pas fait le diagnostic.** — La femme sera alors traitée comme nous venons de le voir, puisqu'on croit à une endométrite hémorragique ; et, là encore, l'abondance et la continuité des pertes nous détermineraient à interrompre la grossesse.

II. **On a porté le diagnostic exact.** — Ce diagnostic, en présence des deux symptômes pathognomoniques : hémorragies à répétition et exagération du volume de l'utérus par rapport à l'âge de la grossesse, doit être porté, si l'on veut bien y songer. La conduite à tenir varie suivant que l'on se trouve avant, pendant ou après l'avortement molaire :

A. *La femme est enceinte.* — *Toute môle hydatiforme diagnostiquée commande l'interruption immédiate de la grossesse.* Si rien ne presse, on recourt à l'*avortement provoqué* (Voy. p. 33) ; si l'état général est déjà fortement altéré, mieux vaut pratiquer l'*avortement brusqué.*

Technique de l'avortement brusqué. — Il s'agit de vider extemporanément l'utérus. La femme, mise en position obstétricale, est endormie à l'éther. La vulve est rasée, puis nettoyée, ainsi que le vagin, à l'eau chaude et au savon ; une longue injection à l'eau oxygénée termine cette toilette ; enfin on vide la vessie par cathétérisme. L'opération va comprendre deux temps : 1° la dilatation du col ; 2° l'évacuation du contenu utérin.

1° Dilatation du col. — Une valve courte et large déprimant le périnée, on jette sur la lèvre antérieure du museau de tanche une pince de Museux pour l'abaisser à la vulve. L'orifice cervical va, alors, être dilaté progressivement *à l'aide des bougies de Hégar* (Voy. *Gynéc.*). On ne s'arrêtera que lorsqu'il est possible d'insinuer aisément un ou deux doigts dans l'utérus.

2° Évacuation du contenu utérin. — Il va, lui-même, se faire en deux temps : α. l'ablation de l'œuf, par curage digital ; β. le raclage de la muqueuse, par curettage instrumental.

α. *L'ablation de l'œuf sera toujours confiée au curage digital*, suivant la technique décrite par ailleurs (Voy. p. 65); le doigt s'efforcera d'enlever tout ce qu'il sent, et il ne s'arrêtera que lorsque l'endomètre apparaît lisse et régulier. En cas de môle, ce curage est long, la masse qu'il s'agit d'extraire pesant, d'habitude, plusieurs centaines de grammes ; il est bien évident qu'on ne la détache que par fragments.

β. *Le curettage instrumental* (Voy. p. 393) fait avec la prudence habituelle, complète l'opération en dépouillant l'utérus de sa muqueuse malade (fig. 5). L'opération est terminée, comme de coutume, par un sérieux *attouchement iodé* (Voy. p. 390), puis par

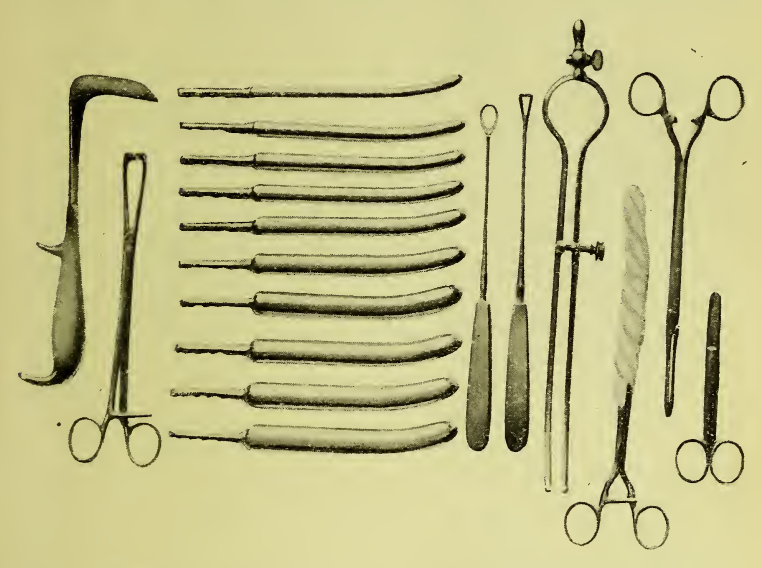


Fig. 5. — *Instruments à préparer pour un avortement brusqué* : la curette triangulaire de Bouilly permet, seule, de curetter les cornes utérines.

un *tamponnement* à la gaze stérilisée ou peroxydée (Voy. p. 364), qu'on laissera en place de douze à vingt-quatre heures.

B. ***L'avortement môlaire est en train de se faire.*** — La femme perd du sang en grande abondance, et le flot liquide charrie, au milieu des caillots, des vésicules môlaires. Il y a tout intérêt à hâter, autant que possible, l'évacuation de l'utérus, en ayant recours à l'avortement accéléré.

Technique de l'avortement accéléré. — La femme étant préparée exactement comme il vient d'être dit à propos de l'avortement brusqué, on s'enquiert, par le toucher, de l'état de perméabilité, de dilatabilité du canal cervical.

α. Supposons que le col, plus ou moins rigide, résiste aux tentatives de dilatation extemporanée par les bougies de Hégar : en ce cas, il faut avoir recours à un moyen qui accélère le travail d'avortement, en même temps qu'il jugule l'hémorragie. On y arrive soit à l'aide d'un *ballon dilatateur*, que l'on introduit dans l'utérus

(Voy. p. 50), et qui donne assez rapidement une dilatation suffisante pour que l'on puisse agir, soit par un *tamponnement intra-utérin* et vaginal (Voy. p. 364) aussi serré que possible : au bout de quelques heures, le tampon est retiré, et l'opération continuée comme il vient d'être dit.

β. Si le col se laisse dilater, on en complète l'ouverture à l'aide des grosses bougies de Hégar, puis on pratique, séance tenante, le *curage digital* (Voy. p. 65) suivi du curettage instrumental (Voy. p. 393), exactement comme il vient d'être dit à propos de l'avortement brusqué.

C. ***L'avortement môlaire est fait.*** — Il est ici plus important que jamais de ne laisser aucun débris *in utero*, car aux risques habituels d'hémorragie et d'infection liés à toute rétention ovulaire, s'ajoute le danger particulier de formation d'un déciduome malin. *Aussi toute femme qui aura expulsé une môle hydatiforme sera-t-elle curettée*, le deuxième ou le troisième jour des couches, avant même qu'elle ne présente aucun symptôme pathologique. Ce curettage instrumental (Voy. p. 393) sera fait avec beaucoup de prudence, car il ne faut pas oublier que la paroi utérine très amincie par endroits est exposée, d'une façon toute spéciale, à la perforation.

Ultérieurement, la femme qui a eu une grossesse môlaire devra être *surveillée pendant de longs mois* ; si les pertes persistent, si l'utérus grossit, il y a tout lieu de croire qu'à la môle a fait suite un *déciduome malin*. Cette tumeur est un cancer et doit être traitée comme tel, c'est-à-dire par l'*hystérectomie totale* (Voy. *Gynéc.*) pratiquée sitôt le diagnostic posé. Enfin est-il besoin d'ajouter que, dans tout ce traitement, *on n'oubliera pas* la thérapeutique générale destinée à combattre l'anémie hémorragique (Voy. p. 367).

II. — Traitement du décollement du placenta normalement inséré.

Cette grave complication comporte un traitement prophylactique, qui n'est autre que celui de l'albuminurie (Voy. p. 35), puisque c'en est là le facteur étiologique le plus constant. Quant au traitement proprement dit, il ne s'adresse, cela est évident, nullement aux hémorragies placentaires minimes, qui ne sauraient être diagnostiquées, mais uniquement aux décollements assez vastes pour se traduire cliniquement par deux ordres de symptômes : d'une part, tous les signes d'une hémorragie interne et, de l'autre, l'augmentation brusque du volume de l'utérus, qui apparaît au palper d'une dureté ligneuse. On peut admettre, comme pratiquement

exact, que tout décollement placentaire reconnu est assez vaste pour mettre en danger rapide la vie de l'enfant et compromettre même celle de la mère ; c'est dire que le traitement doit être aussi rapide et aussi énergique que possible : il consiste, d'une façon générale, *à évacuer l'utérus dans le délai minimum*. Mais comment y parvenir ? Ceci dépend du moment de la puerpéralité.

I. **Pendant la grossesse.** — On se basera sur l'état du col, sur sa dilatabilité.

A. ***Le col est complètement fermé et résistant.*** — Il s'agit d'une primipare, à tissus peu souples, et ne présentant aucun début de travail. Si l'état général permet de croire que l'hémorragie n'est pas considérable, et que, par conséquent, on n'en est pas à une heure près, le plus simple est de rendre perméable le canal cervical, soit en y introduisant l'index, auquel on imprime quelques mouvements de vrille, soit à l'aide du dilatateur de Bossi (Voy. p. 56), puis d'*appliquer, dans le segment inférieur, un ballon de Champetier* (Voy. p. 50) ; sitôt le ballon expulsé, on parfait manuellement, s'il en est besoin, la dilatation, et *on procède séance tenante à l'extraction du fœtus*, puis à la *délivrance artificielle* (Voy. p. 354), suivie du *tamponnement* utérin (Voy. p. 364).

Si l'état général, beaucoup plus atteint, permet de croire à une hémorragie sérieuse, il faut abandonner ces méthodes trop lentes au profit des méthodes sanglantes : soit la *césarienne vaginale* (Voy. p. 177), surtout si l'on est obligé d'opérer dans des conditions peu favorables, soit, quand les conditions d'assistance et d'asepsie le permettent, la *césarienne* classique (Voy. p. 212) ; après la délivrance, l'utérus sera soigneusement tamponné.

B. ***Le col est béant, souple et paraît dilatable.*** — C'est le cas de maintes multipares. Là encore, l'application d'un ballon pourrait suffir si l'hémorragie est supposée légère ; mais, pour peu qu'il y ait, à cet égard, quelque doute, mieux vaut procéder à *l'accouchement méthodiquement rapide par dilatation bimanuelle* (Voy. p. 53). On peut, d'ailleurs, si l'enfant a succombé, et le fait est fréquent, ne pas aller jusqu'à la dilatation complète, le fœtus pouvant être aisément extrait avec une dilatation de 6 à 8 centimètres si l'on prend soin de réduire le volume de la tête par embryotomie (Voy. p. 241).

II. **Pendant le travail.** — La conduite à tenir est, en somme, tout à fait la même que pendant la grossesse, avec cette différence que l'accouchement par voie basse est généralement plus aisé. En conséquence, *nous ferons l'accouchement méthodiquement rapide*, toutes les fois que le col est assez souple pour pouvoir être dilaté.

sans rupture, toutes les fois surtout qu'il s'agit de parachever une dilatation déjà commencée ; nous aurons recours à la *césarienne vaginale* ou à la *césarienne classique* quand cette dilatation semble devoir demander trop de temps ou ne pouvoir s'opérer qu'en faisant courir de grands risques de déchirure au segment inférieur. Il est bien évident qu'à la dilatation complète, ou rapidement complétable, l'accouchement immédiat par voie basse est seul indiqué.

A côté de ce traitement local, il y a, bien entendu, à mettre en œuvre le traitement général propre à toutes les hémorragies (Voy. p. 367).

III. — Traitement de l'insertion vicieuse du placenta.

Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta doit comprendre deux parties : 1° le *traitement général*, destiné à combattre l'anémie aiguë post-hémorragique, et qui ne diffère en rien de celui qui s'applique à toutes les pertes sanguines (Voy. p. 367) ; le *traitement local*, dont le but est d'arrêter l'hémorragie et qui seul va nous occuper ici. Ce traitement local diffère suivant les phases de la puerpéralité.

I. — Traitement pendant la grossesse.

Il convient d'envisager plusieurs hypothèses :

A. **Il s'agit d'une première hémorragie ; la perte est légère.** — Tout doit se borner, pour le moment, à l'*expectation armée*. La femme est maintenue *au lit*, étendue sur le dos, et aussi immobile que possible. Matin et soir, elle reçoit une injection vaginale à 48°. Si la perte s'arrête complètement, cette femme pourra se lever au bout de deux ou trois jours, mais elle évitera toute fatigue et continuera à être l'objet d'une surveillance médicale assidue. Pendant ce temps, on veillera particulièrement à assurer l'asepsie des voies génitales et la liberté de l'intestin.

B. **L'hémorragie est abondante ; les pertes se répètent.** — On peut dire, d'une façon toute générale, que l'idéal serait d'évacuer l'utérus, et ceci le plus rapidement possible ; sans doute, une telle règle ira parfois à l'encontre des intérêts du fœtus, mais, pour de multiples raisons, la vie de l'enfant doit peser bien légèrement dans la balance, quand il s'agit d'un accident qui menace si gravement la mère ! En clinique, cette règle trouvera des limites dans la possibilité même de l'appliquer, et on peut, à cet égard, distinguer deux cas, suivant que le col se prête ou non à la dilatation artificielle.

PREMIER CAS : LE COL EST LONG, FERMÉ ET RÉSISTANT. — L'hémorragie sera combattue par deux procédés, qu'il s'agit d'employer *simultanément* : la rupture des membranes et le tamponnement vaginal.

A. ***La rupture des membranes.*** — C'est toujours la première chose à faire. La femme est mise en position obstétricale, la vulve rasée et rigoureusement désinfectée, ainsi que le vagin, à l'eau chaude, au savon, et par irrigation à l'eau oxygénée ; une valve courte et large déprimant le périnée, on abaisse le col, à l'aide d'une pince de Museux jetée sur la lèvre antérieure. A l'aide des bougies de Hégar (Voy. *Gynéc.*), *on dilate le canal cervical*, autant qu'il est possible, à moins qu'on ne préfère se servir, pour cela, du dilatateur de Bossi (Voy. plus loin) ; puis le canal étant bien perméable, on ouvre l'œuf soit avec le perce-membrane, soit avec une branche de ciseaux ; ceci fait, le doigt est introduit dans cette ouverture et dilacère les membranes de façon à rendre la brèche *aussi large que possible*. Il est bien entendu qu'avant de procéder à cette manœuvre on s'est assuré que le fœtus ne se présentait pas par l'épaule : s'il en était ainsi, on commencerait par le verticaliser, *par version par manœuvres externes* (Voy. p. 273) et en ramenant, de préférence, le siège en bas.

B. ***Le tamponnement cervico-vaginal.*** — Une pince à pansement saisit le chef initial d'une bande de gaze sans fin (stérilisée, ou peroxydée) et le porte dans le col, pour bourrer, méthodiquement, et de haut en bas, tout le canal cervical, puis les culs-de-sac du vagin, puis tout le canal vaginal, jusqu'à la vulve, contre laquelle on applique plusieurs couches d'ouate hydrophile maintenues en place par un bandage en T. Ce tampon va assez rapidement provoquer des contractions utérines, et, lorsqu'on les retire, *ou bout de dix à douze heures*, pas plus, la femme est entrée en travail ; le col est en voie de dilatation. Nous rentrons ainsi dans le cas suivant.

SECOND CAS : LE COL EST BÉANT, ENTR'OUVERT ET DILATABLE. — Pratiquons le toucher intracervical : l'index arrivera soit sur les membranes, quand il s'agit d'une insertion latéro-marginale, soit sur les cotylédons placentaires, si l'on a affaire à une insertion centrale.

A. ***Insertion latéro-marginale.*** — Après avoir pris les mêmes précautions aseptiques que dans le cas précédent, mais sans avoir besoin de pratiquer la dilatation préalable, *on rompt largement les membranes*. Ceci fait, il s'agit de placer dans le segment inférieur un corps qui puisse jouer à la fois le rôle d'agent dilatateur et d'agent hémostatique par compression du placenta : ce corps peut être soit le siège même du fœtus, soit un ballon de Champetier.

Technique de l'abaissement du siège : méthode de Braxton-Hicks. — La femme est mise en position obstétricale ; deux doigts de la main droite, introduits dans le col, en massent le pourtour,

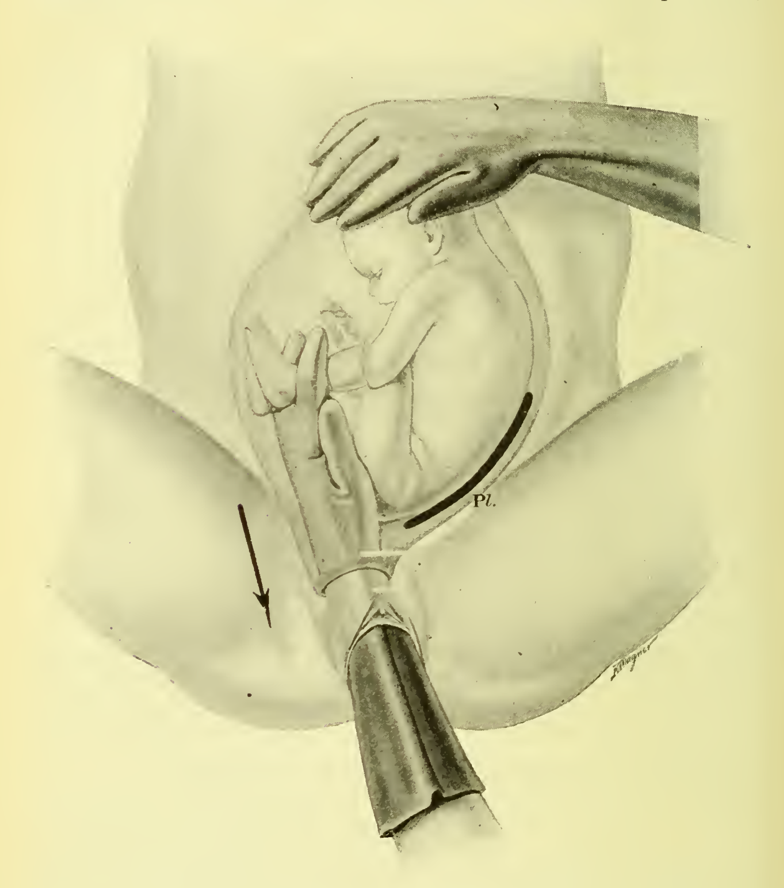


Fig. 6. — Technique de l'*abaissement du pied*, l'enfant se présentant par le siège, en cas d'insertion vicieuse du placenta P*l*.

en tous sens, de dedans en dehors, de façon à agrandir l'orifice suffisamment pour que trois à quatre doigts puissent s'y mouvoir à l'aise. Alors, de deux choses l'une : c'est le siège, ou c'est la tête, qui occupe le détroit supérieur : *si c'est le siège qui est en bas* (fig. 6), tandis que la main gauche appuyée sur le fond de l'utérus le maintient en place, l'index et le médius droits s'introduisent dans l'œuf et vont

à la recherche d'un pied, de préférence l'antérieur ; se recourbant en crochet, ils le saisissent soit au niveau des malléoles, soit au niveau du genou ou du pli de l'aine, et l'entraînent, au travers du col et du vagin, jusqu'à la vulve, où on le munit d'un lacs.

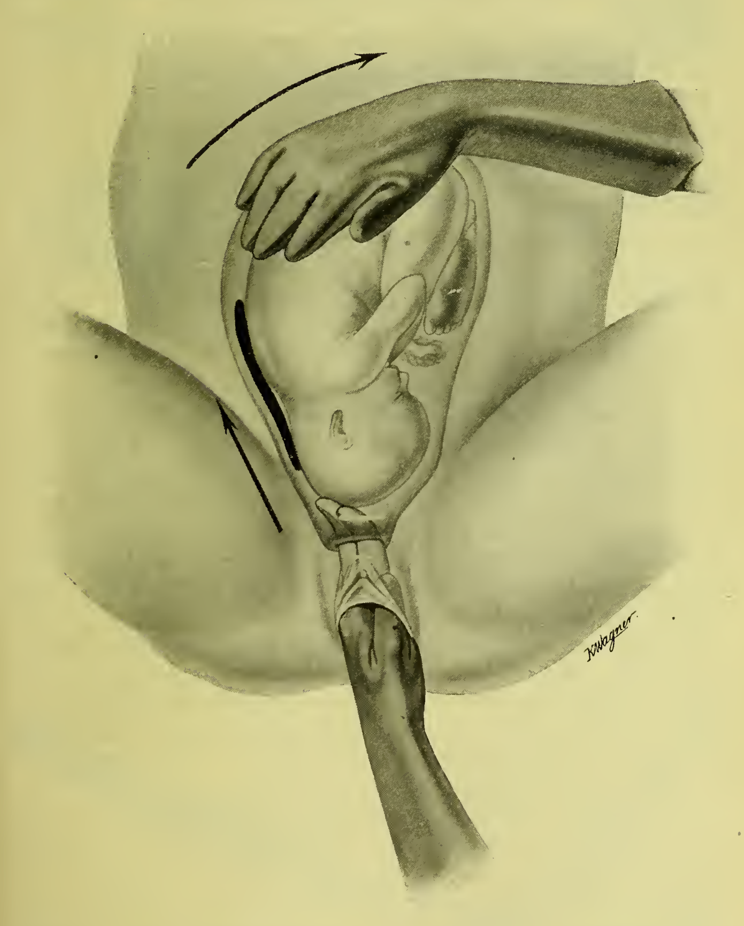


Fig. 7. — *Version mixte de Braxton-Hicks*, en cas d'insertion vicieuse du placenta.

Si c'est la tête qui se présente, la manœuvre se décompose en réalité en deux temps : 1° on transforme la présentation céphalique en présentation pelvienne, par *version bipolaire* ; 2° on abaisse le pied.

1° La VERSION BIPOLAIRE (fig. 7) est faite par manœuvres mixtes,

à la fois internes et externes. La main, dont on introduit deux ou trois doigts dans le col, sera la main droite quand l'occiput est tourné vers la gauche, et la gauche quand l'occiput est tourné vers la droite. Cette main, tenant ses doigts allongés, *repousse la tête*, non pas directement de bas en haut, mais obliquement de dedans en dehors et d'arrière en avant; pendant ce temps, l'autre main va rechercher le siège au travers de la paroi abdominale et, dans l'intervalle de deux contractions, s'efforce de l'abaisser vers le détroit supérieur. De cette façon, les deux mains agissent *simultanément, mais en sens inverse l'une de l'autre.* Après un ou plusieurs efforts, la tête est remontée dans l'utérus, et le siège est venu prendre sa place au niveau du détroit supérieur.

2° L'abaissement du pied se fait alors, comme nous l'avons dit plus haut : le pied armé d'un lacs étant à la vulve, on exerce, de temps en temps, des tractions sur ce membre inférieur, pour bien mettre en contact le siège avec le segment inférieur ; au bout d'un temps variable, le col est suffisamment ouvert pour que l'on puisse terminer l'accouchement (Voy. plus loin).

La méthode de Braxton-Hicks est souvent dangereuse pour l'enfant, mais elle sauvegarde au mieux les intérêts maternels ; aussi y aurons-nous très volontiers recours, mais elle n'est pas toujours possible : le col peut être trop résistant pour permettre à deux doigts d'y manœuvrer à l'aise ; l'utérus peut être suffisamment rétracté pour empêcher l'évolution du fœtus. Dans ces cas, où trop d'insistance exposerait à une déchirure utérine, cette méthode cède le pas à la mise en place d'un gros ballon dilatateur.

Technique de l'application d'un gros ballon dilatateur. — On peut faire usage soit du *colpeurynter* de Braun, ballon en caoutchouc extensible, soit du gros ballon inextensible de Champetier de Ribes ; la description ci-dessous s'appliquera plus spécialement à ce dernier, d'usage plus courant en France ; d'ailleurs le mode d'emploi est identique dans les deux cas (fig. 8).

Le gros ballon de Champetier est d'abord aseptisé, après brossage à l'eau savonneuse par ébullition durant vingt minutes (le ballon étant enveloppé de gaze). On en essaie ensuite l'étanchéité et la capacité, en le distendant d'eau bouillie, que l'on y injecte à l'aide de la seringue de Guyon; on se rend compte ainsi de ce qu'il sera nécessaire d'y introduire quand il sera *in utero*. Enfin le ballon est vidé par pression sur sa poire, tandis que le tube est tenu élevé, ce qui a pour résultat de l'expurger d'air. Il n'y a plus qu'à le rouler sur lui-même, à la façon d'un cigare (fig. 9), puis à l'emprisonner entre les branches de la pince-porte-ballon, son extrémité répon-

dant aux becs de ce minuscule forceps, mais ne les dépassant que peu ou point.

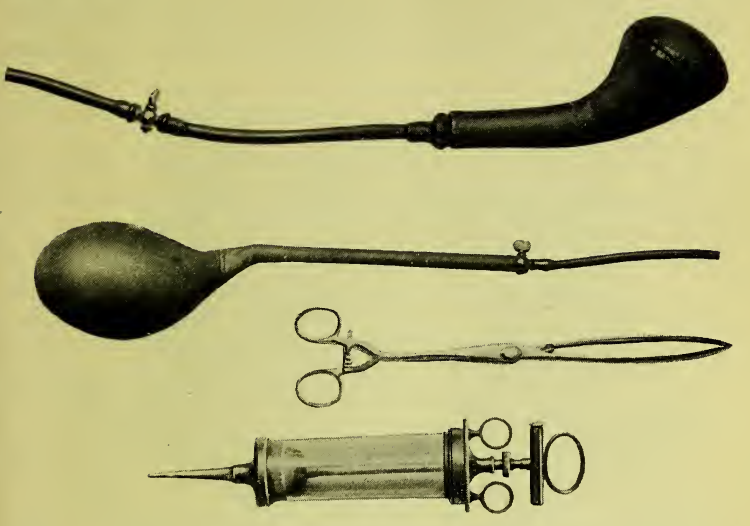


Fig. 8. — *Accouchement provoqué à l'aide des gros ballons* : en haut, le ballon de Champetier; au-dessous, le *colpeurynter* de Braun.

La femme est mise en position obstétricale ; le col est abaissé à la vulve à l'aide d'une forte pince de Museux jetée sur la lèvre antérieure ; une valve déprime le périnée. La pince porte-ballon, enduite de vaseline stérilisée dans toute la partie correspondant aux cuillers,

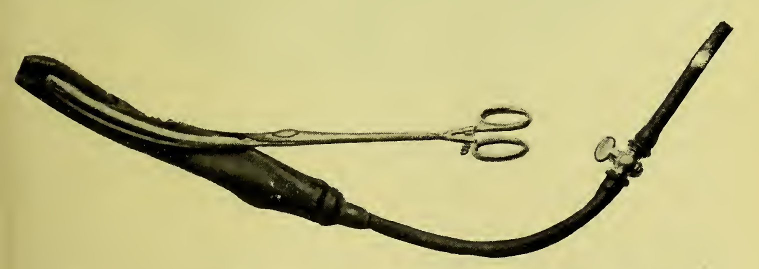


Fig. 9. — *Le gros ballon de Champetier*, tout monté, prêt à être introduit *in utero*.

est saisie par la main droite, au niveau de son entablement, puis dirigée, au travers du canal cervical, sa courbure regardant le pubis, jusque dans le segment inférieur, où on la fait pénétrer doucement. Au besoin, un aide soulève la tête au travers de la paroi abdominale pour

faire place au ballon. Quand celui-ci se trouve *tout entier au-dessus de l'orifice interne du col*, on lâche la crémaillière de la pince, mais en laissant celle-ci en place ; puis on procède au gonflement du ballon, comme on l'avait fait avant de l'introduire, à l'aide de la seringue

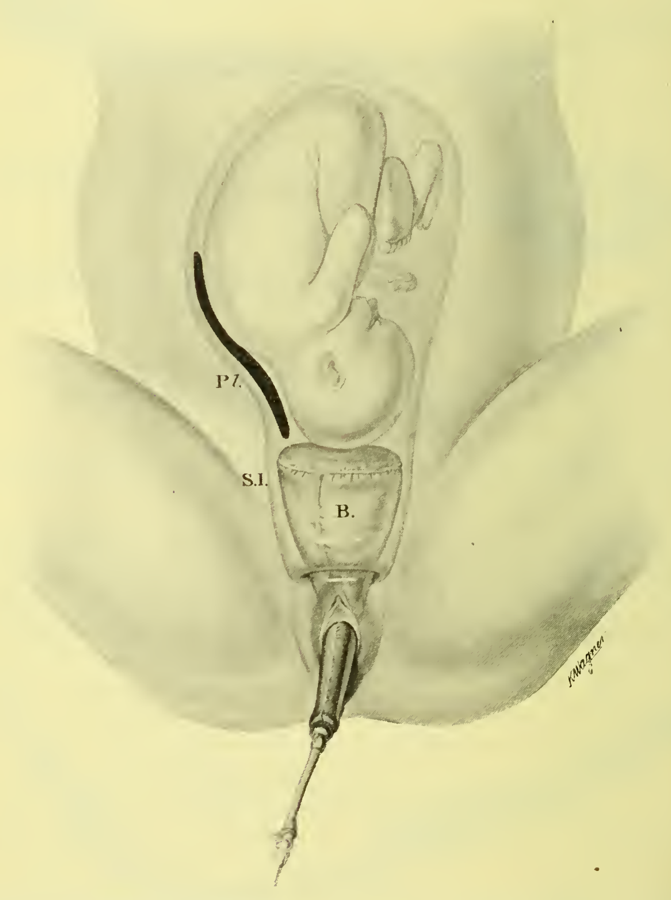


Fig. 10. — Gros ballon de Champetier, B., introduit dans le segment inférieur, S.I., en cas d'insertion vicieuse du placenta, P*l*.

de Guyon et de la quantité d'eau bouillie déterminée au préalable ; on aura soin de ne pas distendre le ballon à l'excès, car il importe de lui laisser une certaine malléabilité, pour qu'il puisse plus aisément s'insinuer dans le col (fig. 10).

La pince est retirée après désarticulation, branche à branche, dès que le ballon est distendu de la moitié ou aux trois quarts.

Le ballon est laissé en place jusqu'à ce que les contractions utérines l'aient chassé dans le vagin. Si cette expulsion tardait à se faire, on ferait écouler 100 à 150 grammes du liquide qui le distend; des tractions exercées sur son tube, qui pend hors de la vulve, en engageraient la partie inférieure dans le col ; à ce moment, on réinjecte une quantité de liquide à peu près égale à celle que l'on avait retirée. Cette manœuvre, qui a pour résultat de distendre le col, peut être répétée à plusieurs reprises. Finalement, la dilatation est suffisante pour que l'on puisse terminer l'accouchement, comme il sera dit plus loin.

B. ***Insertion centrale.*** — Le placenta recouvre l'orifice cervical; l'index qui pratique le toucher intracervical n'arrive plus sur les membranes, mais sur des cotylédons placentaires. L'hémorragie est beaucoup plus sérieuse, et il importe, plus que jamais, d'évacuer l'utérus, dans le minimum de temps possible ; on y arrive en pratiquant l'accouchement méthodiquement rapide.

Technique de l'accouchement méthodiquement rapide. — Deux méthodes doivent être employées, suivant les cas : le col est-il souple, on recourt à la dilatation bimanuelle de Bonnaire; est-il, au contraire, assez résistant, on se servira du dilatateur de Bossi.

Technique de la dilatation bimanuelle de Bonnaire. — La femme est mise en position obstétricale et anesthésiée ; la vulve et le vagin sont rigoureusement aseptisés, la vessie évacuée par cathétérisme. Supposons le col long : l'index de la main droite, enduit de vaseline stérilisée, pénètre dans le canal cervical par des mouvements de vrille et va accrocher l'orifice interne, qu'il s'efforce d'entr'ouvrir. Dès que la chose est possible, on introduit le médius près de l'index ; ces deux doigts distendent l'orifice interne pour faire place aux deux doigts correspondants de la main gauche ; ceux-ci sont introduits de façon à s'accoler, par leur face dorsale, aux doigts homonymes de la main droite. Alors tous les quatre, agissant dans le sens de la flexion, opèrent un *véritable massage excentrique du col*, qu'ils fatiguent en tous sens, à gauche, à droite, en haut, en bas. Bientôt un cinquième doigt peut venir se joindre aux précédents, suivi, au bout de quelque temps, de son homonyme du côté opposé. Il arrive ainsi un moment où les huit grands doigts sont introduits dans le col, qu'ils distendent périphériquement (fig. 11). Le massage est continué jusqu'à ce que les pulpes digitales puissent prendre simultanément *contact avec les deux parois pelviennes diamétralement opposées*, et ceci suivant tous les diamètres : pour s'en ren-

dre compte, il n'y a qu'à rabattre, en ailes de papillon, les deux mains, en faisant jouer les doigts autour de l'axe commun formé par l'adossement des articulations métacarpo-phalangiennes. A ce

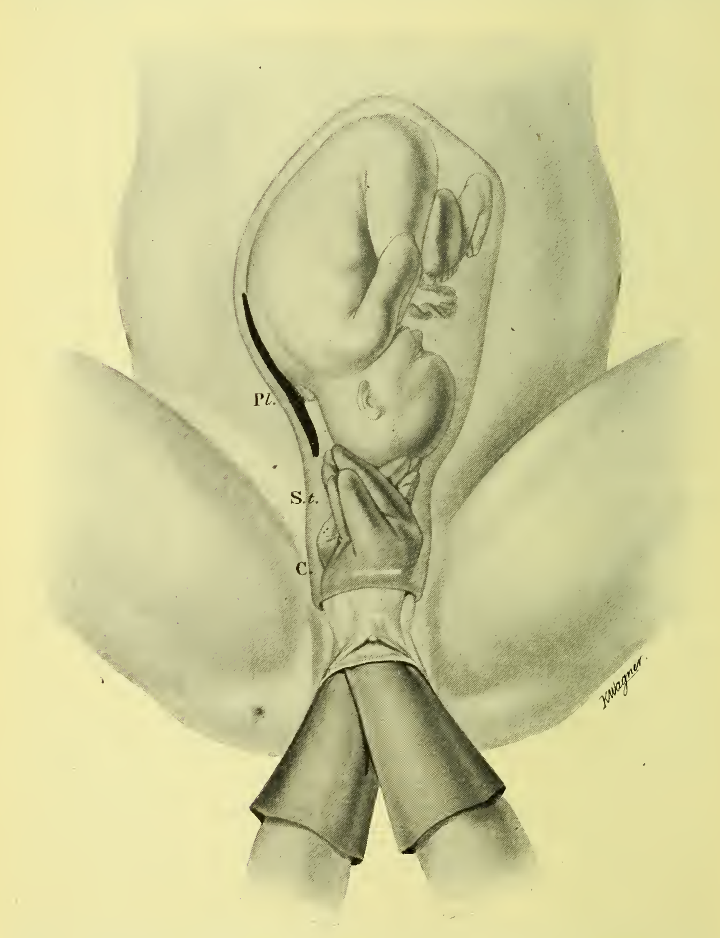


Fig. 11. — *Dilatation bimanuelle, de Bonnaire :* en C, le col ; en S*i*, le segment inférieur ; en P*l*, le placenta.

moment, la dilatation peut être considérée comme complète. Suivant les cas, ce résultat aura été obtenu en quelques minutes, ou en trois quarts d'heure à une heure. *Il ne faut jamais se presser*, mais agir, au contraire, d'une façon lente, douce, progressive, sans à-coups. Quand

on perçoit qu'une petite déchirure est en train de se produire, on modère encore l'effort déployé, et on évite de le faire porter sur l'endroit qui commence à céder. De temps en temps, les mains sont retirées des

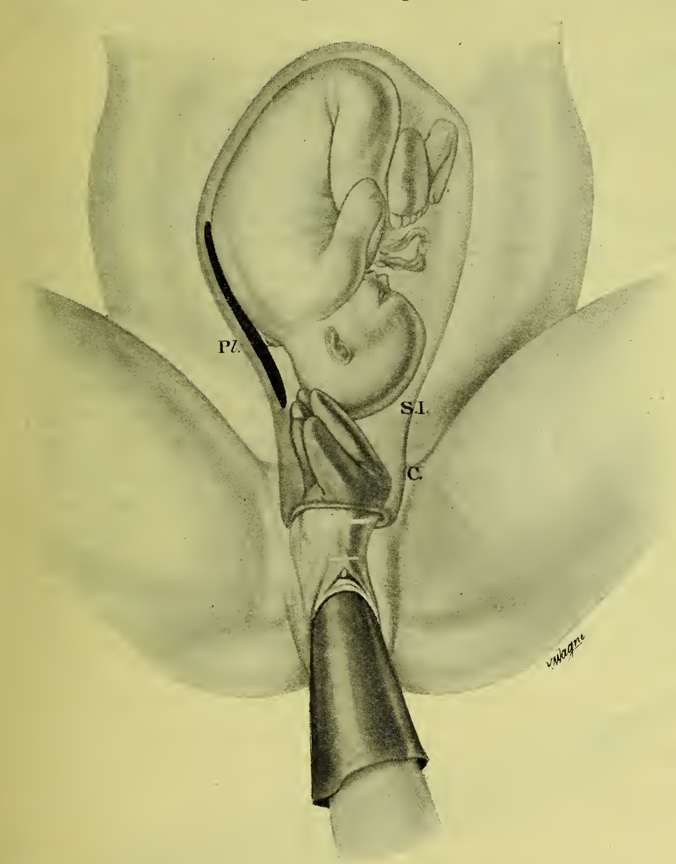


Fig. 12. — *Dilatation unimanuelle* de Harris.

voies génitales et plongées dans l'eau bouillie pendant quelques instants, ce qui présente le double avantage de les débarrasser des mucosités sanguinolentes qui les souillent et de les reposer.

Une fois complètement dilaté, le col a l'apparence non d'un orifice, comme à la suite de la dilatation physiologique, mais d'un canal souple pendant dans le vagin. La main va en essayer la perméabilité : elle est introduite dans le segment inférieur, puis retirée

le poing étant fermé ; si l'on a quelque peine à passer, il faut reprendre le massage bimanuel. D'ailleurs, il faut toujours pousser la dilatation *aussi loin que possible* ; tenter l'extraction du fœtus trop tôt serait courir au-devant de deux très graves complications : la rétraction de l'anneau cervical autour de la tête et la déchirure du col se propageant vers le segment inférieur.

Quand le col est extrêmement souple, on peut avoir recours à la *dilatation unimanuelle de Harris*, moins parfaite, mais plus simple (Voy. fig. 12).

Technique de la dilatation a l'aide du dilatateur de Bossi. — Quand le col, long, fermé et résistant, ne se laisse pas entr'ouvrir par des manœuvres manuelles, force est de recourir à des méthodes instrumentales. Idéalement, le mieux serait, sans doute, de pratiquer, en pareil cas, l'opération césarienne (Voy. p. 212) ; mais bien peu d'accoucheurs oseront tenter une telle intervention chez une femme très fortement anémiée par les hémorragies antérieures et, de ce fait, en état de moindre résistance contre l'infection. La césarienne vaginale de Dührssen (Voy. p. 177) trouve une forte contre-indication dans le risque d'hémorragie liée à la présence du placenta sur le segment inférieur. Dans de telles conditions, il est préférable d'abandonner ces méthodes sanglantes, pour essayer la dilatation mécanique à l'aide de l'instrument de Bossi.

La femme est mise en position obstétricale et anesthésiée ; le col est, momentanément du moins, maintenu à la vulve grâce à une pince de Museux jetée sur sa lèvre antérieure. Le dilatateur de Bossi est introduit fermé dans l'orifice cervical, et, pour pouvoir l'entrer

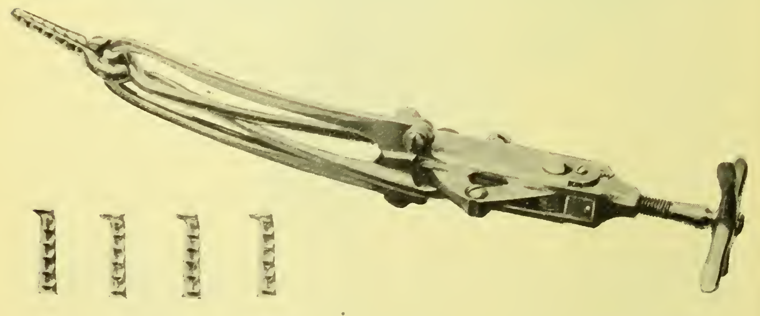


Fig. 13. — *Dilatateur de Bossi*, fermé ; en bas, les gaines, dont on recouvrira les baïonnettes.

plus aisément, on a eu soin de dépouiller au préalable les tiges en baïonnette de leurs capuchons (fig. 13) ; quelques tours de

vis vont aisément donner au col une certaine perméabilité ; l'instrument est alors retiré ; les baïonnettes sont recouvertes de leurs capuchons (fig. 14), puis réintroduites à nouveau, de façon que les ailettes des capuchons reposent *au-dessus de l'orifice interne.*



Fig. 14. — *Dilatateur de Bossi*, ouvert ; les baïonnettes sont revêtues de leurs gaines.

La dilatation est alors entreprise, et elle doit être menée, d'un bout à l'autre, *avec la plus extrême douceur* : c'est par quarts de spire que l'on actionne la vis, et on a soin de s'arrêter longuement entre chaque mouvement. De temps en temps, l'instrument est fermé pour permettre, en quelque sorte, aux tissus de se reposer ; puis la dilatation est reprise. Elle doit porter, autant que faire se peut, sur tous les points du col : on y arrive en changeant, toutes les quelques minutes, l'orientation de l'instrument ; l'oubli de cette prescription aurait pour résultat la production de quatre sillons verticaux correspondant aux quatre branches du dilatateur et formant autant de points d'appel pour les déchirures. On contrôle à chaque instant par le toucher cervical l'état du col ; si celui-ci commence à éclater, il faut arrêter l'opération, sans aller plus loin, car on produirait inévitablement une déchirure du segment inférieur ; si, au contraire, le col reste intact ou à peu près, la dilatation est poursuivie jusqu'à ce qu'elle soit complète : l'aiguille indicatrice que porte le dilatateur a atteint l'extrémité du cadran sur lequel elle joue (fig. 15).

Le dilatateur de Bossi est un instrument *puissant, mais dangereux* ; entre des mains impatientes, il déchirera forcément l'utérus. On ne doit donc le manier qu'à bon escient, et toujours avec la plus extrême lenteur : l'opération, pour être prudente, doit durer une heure, une heure et demie, deux heures au besoin.

Une méthode excellente consiste a ne demander a l'instrument de Bossi que de commencer la dilatation : sans danger, il nous donnera une dilatation de 6 à 7 centimètres, et la suite de l'intervention sera confiée, suivant l'urgence, à la dilatation bimanuelle, ou aux

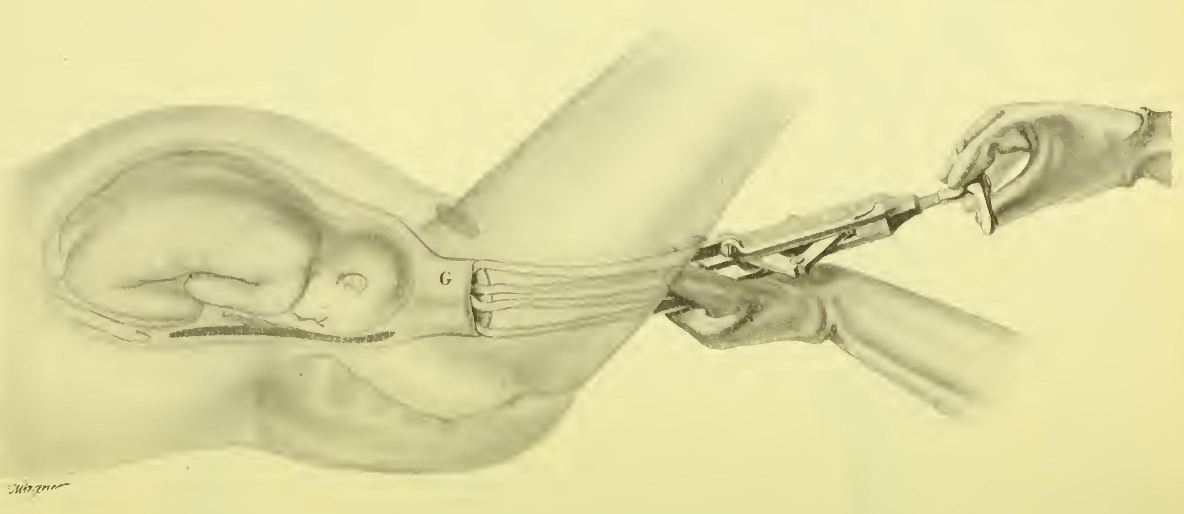


Fig. 15. — Dilatation du col, C, à l'aide du dilatateur de Bossi.

méthodes de lenteur, telles que la manœuvre de Braxton-Hicks, ou l'application d'un ballon.

Une fois le col dilaté, soit manuellement, soit instrumentalement, *on procède séance tenante à l'évacuation de l'utérus*, en agissant comme nous allons le voir en étudiant le traitement de l'insertion vicieuse chez la femme en travail. Bornons-nous à remarquer ici que, après toute dilatation forcée, *le forceps est préférable à la version*, toutes les fois que son application est possible : dans l'intervention podalique, il faut, en effet, redouter la très grave rétraction du col autour de la tête dernière.

II. — Traitement pendant l'accouchement.

Il s'agit, ici encore, mais dans des conditions généralement plus aisées qu'au cours de la grossesse, de hâter l'évacuation de l'utérus. Or tout dépend du degré de dilatation du col.

A. **La dilatation est à peine commencée.** — La conduite à tenir ne diffère alors que de très peu de ce qu'elle est durant la grossesse ; là encore on agira différemment suivant les cas.

α. ***Il s'agit d'une insertion latéro-vaginale.*** — *Rompons largement les membranes* (Voy. p. 47), et laissons le travail continuer spontanément. Si la présentation réussit à s'engager, l'hémorragie s'arrêtera, et la femme accouchera naturellement.

β. ***Il s'agit d'une insertion centrale.*** — En ce cas, nous agirons comme pendant la grossesse, en pratiquant l'*accouchement méthodiquement rapide.*

B. **La dilatation est commencée, mais loin d'être complète.** — Quand la femme perd peu, il n'y a qu'à laisser aller le travail *après rupture des membranes*, bien entendu. Si l'hémorragie est plus sérieuse, il faut :

α. ***Terminer extemporanément, par accouchement méthodiquement rapide,*** toutes les fois que cette opération semble pouvoir être faite sans danger de déchirure utérine, c'est-à-dire quand la dilatation atteint 3 à 4 centimètres chez les multipares, 5 à 6 centimètres chez les primipares. Si le placenta recouvre le col, on essaie, pour pénétrer dans l'œuf, de passer *à côté de lui*, afin d'atteindre les membranes au niveau de leur insertion au pourtour du gâteau placentaire. Si l'on ne réussit pas, il faut délibérément *traverser le placenta*, que l'on effondre par des mouvements de vrille de l'index, pour dilacérer ensuite rapidement la brèche ainsi créée. La main s'introduit par cet orifice et va à la recherche des pieds du fœtus. Cette extraction podalique (Voy. p. 149) sera parfois gênée par le placenta, qui vient

se coincer entre le fœtus et le pourtour du col ; il peut alors devenir nécessaire d'en arracher la portion procidente pour pouvoir terminer l'accouchement.

β. *Pratiquer la manœuvre de Braxton-Hicks* (Voy. p. 48), *ou poser un gros ballon* (Voy. p. 50), toutes les fois que le col, trop résistant, refuse de se laisser dilater sans menace de rupture. Il peut être nécessaire, comme nous venons de le voir, de passer, pour cela, en plein au travers du placenta. On hâtera, ensuite, la marche de l'accouchement, en exerçant de temps en temps des tractions sur le membre abaissé à la vulve ou sur la tige du ballon.

C. La dilatation est complète, ou facilement complétable. — Le mieux est de *terminer immédiatement l'accouchement*, après avoir parachevé la dilatation par des manœuvres bimanuelles (Voy. p. 53), soit par une application du forceps, si la tête se fixe au détroit supérieur, soit par version podalique (Voy. p. 277), toutes les fois que la présentation reste très élevée et mobile. A la dilatation complète, il est, en général, très aisé de passer à côté du placenta pour pénétrer dans l'œuf en effondrant les membranes. Si, par exception, on n'y parvenait pas, il faudrait, comme nous l'avons dit plus haut, ne pas hésiter à passer la main au travers du placenta. Enfin, dans de rares cas, le placenta, presque entièrement décollé, pend au travers du col, dans le vagin ; le mieux est alors de s'en débarrasser, tout d'abord, et d'entraîner ensuite le fœtus : cette *délivrance avant l'accouchement* (méthode de Simpson) entraînant une très forte mortalité fœtale, on n'y aura recours que lorsqu'on se trouve dans l'impossibilité absolue d'agir autrement, ou lorsqu'on sait que le fœtus a déjà succombé.

III. — Traitement pendant la délivrance.

L'accouchement étant achevé, on procède séance tenante *à la délivrance artificielle* (Voy. p. 354), pratiquée très prudemment afin de ne point perforer le mince et flasque segment inférieur, en essayant de décoller les cotylédons adhérents. Une fois l'utérus vidé, on pratique un *tamponnement utéro-vaginal* (Voy. p. 364), afin de prévenir la moindre hémorragie secondaire.

IV. — Traitement pendant les suites de couches.

Le tampon est retiré au bout de douze heures. On se souviendra que ces femmes sont particulièrement exposées à l'infection pour procéder, au moindre symptôme, à la revision de l'utérus (Voy. p. 391).

Enfin rappelons en terminant ce que nous avons dit en commençant : concurremment à ce traitement local, on fera usage du *traitement général anti-hémorragique*, que la femme soit enceinte, en travail ou accouchée (Voy. p. 366).

§ 6. — TRAITEMENT DE L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE AVANT TERME.

I. — Traitement de l'avortement.

Nous devons envisager le traitement préventif et le traitement proprement dit.

I. — Traitement prophylactique.

Il peut se poser *avant même la fécondation* : c'est, par exemple, le cas d'une femme ayant eu un ou plusieurs avortements antérieurs; pour éviter le retour de pareil accident, on devra traiter la cause de ces fausses couches et instituer le traitement spécifique quand il s'agit d'une syphilitique (Voy. p. 7), en essayant même, en pareil cas, de traiter le père; le traitement local (injections chaudes, curettage, etc.) lorsqu'on a affaire à une endométrite (Voy. *Gynéc.*) ou à de la congestion utérine (Voy. *Gynéc.*), etc.

Quand la femme devient enceinte, le même traitement antisyphilitique sera appliqué plus rigoureusement encore, s'il y a lieu. S'il s'agit d'une femme sujette à des pertes, il faudra lui prescrire le repos, soit au lit, soit moins rigoureux, pendant les trois premiers mois, en insistant sur la nécessité de redoubler de précautions aux moments correspondant aux époques. Cette femme devra s'abstenir de tout exercice quelque peu fatigant, du moindre voyage; les rapports sexuels seront peut-être à proscrire également. Enfin, quand la cause des avortements antérieurs reste douteuse, on fera bien d'instituer le *traitement ioduré* : 1 gramme d'iodure de potassium pendant dix jours, 2 pendant dix autres jours, 3 pendant encore dix jours; puis on revient à la dose première, et ceci pendant les trois ou quatre premiers mois. Il est, d'ailleurs, bien entendu que l'hygiène générale sera l'objet d'une surveillance toute spéciale.

II. — Traitement proprement dit.

Plusieurs hypothèses sont à considérer :

A. **Il y a menace d'avortement.** — La femme commence à perdre un peu de sang; elle souffre des reins et par moments du

bas-ventre. Une fausse couche est à craindre ; que faut-il faire ? Cela dépend des conditions cliniques.

1° **L'avortement ne doit pas être évité.** — Si l'on sait, par exemple, qu'il s'agit d'une môle hydatiforme (Voy. p. 42) ou d'une hydramnios aiguë (Voy. p. 27), ou encore de quelque complication rendant dangereuse la continuation de la grossesse : albuminurie précoce et intense (Voy. p. 35), vomissements graves (Voy. p. 30), cardiopathie mal compensée (Voy. p. 15), il est bien certain que l'avortement constitue, en pareil cas, l'éventualité la plus souhaitable, et loin d'essayer de l'entraver, on doit tout faire pour le hâter et procéder ainsi à l'*avortement brusqué* (Voy. p. 42).

2° **L'avortement ne peut pas être évité.** — Quand l'œuf est mort, ce qui d'ailleurs est souvent fort difficile à reconnaître, quand l'œuf est ouvert, quand l'hémorragie est abondante et persistante, quand, au travers du col entr'ouvert, on sent le pôle inférieur de l'œuf en train de s'y engager, dans tous ces cas, on se borne à maintenir la femme au lit, à lui administrer deux à trois fois par vingt-quatre heures des injections vaginales, à 48°, d'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée ou de permanganate, et l'on veille à ce que l'avortement se fasse complètement (Voy. plus bas).

3° **L'avortement peut être évité.** — La femme n'a que peu perdu; ou bien la perte, assez abondante, n'a duré que peu de temps et s'est arrêtée complètement; il ne s'est pas écoulé de liquide amniotique; le col est à peine entr'ouvert. Mettons alors tout en œuvre pour arrêter la fausse couche. La femme est *maintenue au lit*, en décubitus horizontal, et elle doit garder une absolue immobilité. Les contractions utérines sont combattues par l'*opium*, soit sous forme de morphine (2 centigrammes par jour en deux doses, soit sous forme de laudanum, dont on administrera XX gouttes à la fois, soit par la bouche, soit en lavement (dans 100 grammes d'eau tiède, après lavement évacuateur) ; cette dose pourra être répétée deux à trois fois dans les vingt-quatre heures; on aura soin, dans les jours suivants, de n'en cesser l'administration que progressivement. On remplacera les injections vaginales, qui risqueraient d'exciter la contractilité utérine, par de simples lavages vulvaires. Enfin *l'intestin sera soigneusement évacué*, grâce à un lavement d'huile (300 grammes) administré le matin, et à des laxatifs légers (une cuillerée à bouche d'huile de ricin, par exemple). Ce traitement ne sera abandonné qu'alors que toute menace de fausse couche aura disparu ; la femme ne reprendra ses occupations habituelles que très progressivement ; pendant plusieurs mois, elle restera l'objet d'une surveillance attentive destinée à prévenir le retour de pareil accident.

B. **L'avortement est en train de se faire.** — Il s'agit, désormais, non plus d'empêcher la fausse couche, mais de veiller à ce qu'il ne survienne aucune complication.

1° ***Tout se passe normalement.*** — La femme est maintenue au lit; la vulve est rasée et aseptisée; le vagin, nettoyé avec soin, reçoit de fréquentes injections antiseptiques chaudes (à 48°). Si les douleurs sont trop vives, on peut faire prendre à la femme soit quelques gouttes de laudanum, soit 1 gramme d'aspirine en deux doses. Tant que l'œuf n'a pas quitté l'utérus, il n'y a rien à faire, et on doit s'abstenir, autant que possible, de toucher. Quand-il s'est engagé dans le col et qu'il est en partie accessible dans le vagin, *il faut se garder soigneusement d'exercer sur lui la moindre traction* : on ne réussirait qu'à le fragmenter et à créer l'accident qu'il s'agit avant tout d'éviter, la rétention de débris ovulaires. Ce principe est surtout vrai quand il s'agit de l'embryon : tirer sur le corps pendant dans le vagin, c'est, presque à coup sûr, arracher le cou et laisser dans l'utérus la tête, qu'on ne pourra, ensuite, extraire qu'au prix de difficultés infinies. Enfin, quand l'œuf est complètement tombé dans le vagin, on l'en extrait aisément, en l'accrochant avec un ou deux doigts. On fait alors un dernier nettoyage des voies génitales, puis on place sur la vulve un pansement aseptique.

2° ***Il survient quelque complication.*** — Ce peut être une hémorragie, ou des signes d'infection.

α. **Quand l'hémorragie, abondante et persistante**, résiste aux injections vaginales très chaudes (50°) et répétées, il y a tout intérêt à *hâter l'avortement*; nous avons décrit, par ailleurs, la technique de cet *avortement brusqué* (Voy. p. 42); en même temps, on ne négligera pas le traitement général, destiné à combattre l'anémie aiguë post-hémorragique (Voy. p. 366). Mais il peut arriver parfois que la perte de sang ait mis la femme dans un état tellement grave que l'on craint que la moindre nouvelle perte ne devienne mortelle. Or toute tentative de délivrance ne pourrait se faire sans hémorragie. En pareil cas, ces manœuvres doivent être différées, et on se borne *à tamponner à la gaze aseptique l'utérus et le vagin*, sans s'occuper de l'œuf; ce tamponnement sera fait comme à l'habitude (Voy. p. 364); bien serré, il arrêtera sûrement l'hémorragie. On en profite pour combattre le shock, et, quand l'état général est meilleur, soit au bout de vingt-quatre heures en moyenne, on enlève le tampon ; l'œuf peut avoir été expulsé spontanément et se trouver alors au fond du vagin ; s'il en était autrement, on irait le saisir, *in utero*, comme il sera dit plus loin.

β. **L'infection**, au cours même de l'avortement, est chose fré-

quente lorsque la fausse couche est la conséquence de manœuvres criminelles. En pareil cas, il faut d'abord se demander s'il n'y a pas une perforation de l'utérus ; si le diagnostic en a été établi, on agira comme nous allons le voir ci-après (Voy. p. 68). Si cette hypothèse doit être abandonnée, de deux choses l'une : ou le col est complètement fermé, et il n'y a qu'à attendre, car des efforts de dilatation créeraient aux germes des portes d'entrée vers l'organisme ; assez rapidement d'ailleurs, le col va s'entr'ouvrir, et nous rentrons dans le cas suivant ; ou, en effet, l'orifice cervical est déjà perméable, et le mieux est de procéder, au plus tôt, à l'*avortement brusqué* (Voy. p. 42). En terminant, on revisera l'utérus avec encore plus de soin que d'habitude, de façon à bien s'assurer que la paroi en est intacte.

C. **L'avortement est fait.** — La conduite à tenir est complètement différente suivant que l'avortement est complet ou non.

1° *L'avortement est complet.* — La totalité de l'œuf, embryon et coque ovulaire, a été expulsée. En général tout est fini ; dans certains cas, cependant, il peut se produire, malgré la vacuité utérine, quelque complication. Envisageons ces deux hypothèses.

α. **Tout se passe normalement.** — La femme n'a que de légères pertes, elle ne souffre plus, et sa température est à 37°. On se borne à donner, matin et soir, une injection vaginale à 48°, au permanganate par exemple, à surveiller les fonctions intestinales comme pendant les couches (Voy. p. 379) et à maintenir la femme au lit pendant huit à dix jours.

β. **Il survient quelque complication.** — L'hémorragie commande, tout d'abord, la *revision utérine*. La femme étant mise en position obstétricale, on pratique le toucher intra-utérin pour s'assurer qu'il ne reste plus de caillots dans la matrice ; s'il en était autrement, on pratiquerait immédiatement un *curage digital* (Voy. p. 65), suivi d'une injection intra-utérine à 50°. Si l'endomètre est vide, on se borne à prescrire le repos absolu, la femme restant en position horizontale, les injections vaginales à 50°, répétées matin et soir, au besoin une piqûre d'ergotine. Dans les cas, tout à fait exceptionnels, où l'hémorragie prendrait une importance inaccoutumée, il faudrait pratiquer le tamponnement utéro-vaginal à la gaze aseptique, pendant vingt-quatre heures.

L'infection nécessiterait, tout d'abord, le *curettage utérin*. La technique de ce curettage sera décrite lorsque nous traiterons de l'infection puerpérale (Voy. p. 393) ; bornons-nous à remarquer ici que, dans l'infection *post abortum*, cette opération se rapproche beaucoup plus qu'au cours du *post partum*, du curettage gynécologique.

Quant au traitement général, il ne diffère en rien de celui que nous étudierons plus tard (Voy. p. 366).

2° ***L'avortement est incomplet.*** — Quand l'avortement, au lieu de se faire en bloc, en un seul temps, se fait en deux temps, la sortie du placenta doit s'opérer dans les trois ou quatre heures qui suivent l'expulsion du fœtus ; ce délai expiré, il y a *rétention ovulaire*: *c'est là une indication formelle d'intervenir*, et ceci, sans attendre l'apparition des accidents, — hémorragie ou infection, — qui ne manqueraient pas de se produire. Or cette rétention peut être de deux types : ou bien le placenta est sorti, mais il reste *in utero* les membranes, et, dans ce cas, le plus simple est de les enlever par *écouvillonnage* (Voy. p. 377), ou bien c'est la totalité de la coque ovulaire, placenta et membranes, qui est retenue, et il faut alors pratiquer le *curage digital* de l'utérus.

Technique du curage digital. — La femme est mise en position obstétricale et anesthésiée (sauf exception, il ne faut pas, en effet, compter mener à bonne fin cette opération, si la femme n'est pas endormie). La vulve est rasée, puis largement savonnée, ainsi que le vagin ; une injection d'eau oxygénée termine ce nettoyage; enfin la vessie est évacuée par cathétérisme.

L'opérateur commence par s'assurer, par le toucher, de la perméabilité du col; en général, elle est suffisante pour permettre à l'index de pénétrer dans l'utérus; s'il en était autrement, on procéderait à la *dilatation cervicale* : une valve courte et large déprimant la fourchette, une pince de Museux, jetée sur la lèvre antérieure du col, l'attire à la vulve ; on introduit au travers du canal cervical la série des bougies de Hégar (Voy. *Gynéc.*), jusqu'à ce qu'on puisse passer très aisément le doigt. Ceci fait, les instruments sont retirés. L'accoucheur, après s'être très soigneusement stérilisé les mains, surtout si le manque d'habitude le forçait à opérer sans gants de caoutchouc, dispose en cône les doigts de la main droite ; par de doux mouvements de vrille, il les introduit dans le vagin, et tandis que la main gauche saisit, au travers de la paroi abdominale, l'utérus, et l'abaisse le plus possible, à la rencontre des doigts de la main droite, celle-ci fait pénétrer, sans effort, l'index, et si elle le peut, le médius, au travers du col, jusque dans la cavité du corps utérin. Cette manœuvre serait impossible sans le secours de la main gauche : c'est elle qui fait la moitié du travail, en amenant, comme pour l'en ganter, la matrice au-devant du doigt explorateur. Pendant que l'index droit est dans l'utérus, les autres doigts, fortement repliés vers la paume, se logent dans les culs-de-sac vaginaux, ou même restent hors de la vulve, accolés au périnée, et le pouce contre le

pubis, dans les cas où la main gauche aura réussi à abaisser la matrice jusqu'à la vulve. Le doigt intra-utérin commence par redresser l'utérus, qui peut être en antéflexion ou en rétroflexion, puis il s'oriente, reconnaissant la position du fond et des cornes. Ceci fait, le curage proprement dit va comprendre deux temps : 1° le décollement des débris ovulaires ; 2° l'expulsion de ces débris hors de l'utérus.

1° Le DÉCOLLEMENT DES DÉBRIS OVULAIRES (fig. 16) se fait avec

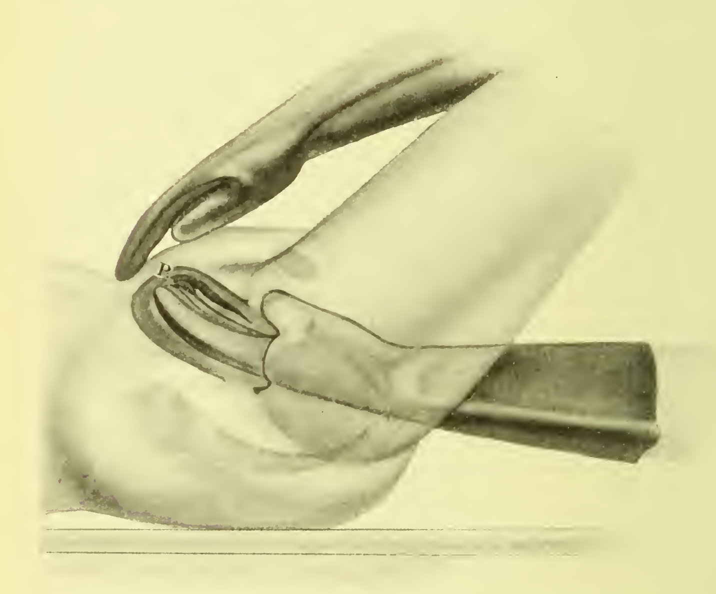


Fig. 16. — *Curage digital :* les doigts gauches décollent les débris placentaires, P.

l'ongle de l'index, qui, agissant comme une curette intelligente, va gratter systématiquement chacune des régions de l'endomètre, non seulement les faces, mais le fond et les cornes, où très souvent se trouve le placenta. Au bout de quelques instants, la main droite cède la place à la main gauche, *chaque main ne nettoyant bien que la moitié utérine de même nom.* On n'arrête ce travail que lorsqu'on a la sensation d'avoir détaché toutes les aspérités qui tapissaient l'endomètre et que celui-ci paraît absolument lisse. Il faut maintenant entraîner les débris, ainsi détachés, hors de l'utérus.

2° L'EXPULSION, HORS DE L'UTÉRUS, DES DÉBRIS OVULAIRES, détachés par le curage digital, se fait de trois façons :

α. On commence par *accrocher avec l'index* la masse placentaire, et on l'entraîne hors de l'utérus. Si le placenta est en un seul morceau, le tout sort en une fois ; s'il est déchiqueté, cette manœuvre est répétée tant que l'utérus n'est pas vide. On se souviendra que le placenta paraît énorme, étant donné l'âge auquel la grossesse a été interrompue : qui n'en enlève qu'un fragment moyen en laisse sûrement dans l'utérus ; plongez l'index dans une des cornes, et vous en retirerez trois ou quatre fois autant.

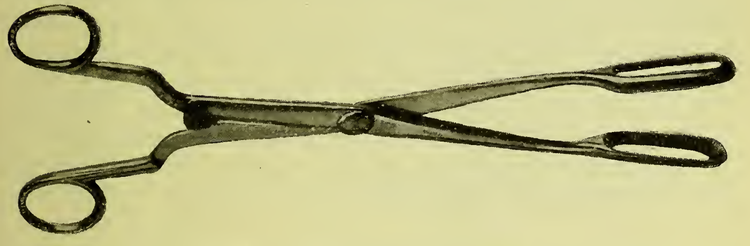


Fig. 17. — Pince-mouchette de Bonnaire.

β. Si le doigt ne réussit pas à accrocher le placenta, parce que celui-ci tourne dans l'utérus, fuyant la pulpe qui essaie de le perforer, on aura recours à la *pince-mouchette de Bonnaire* (Voy. fig. 17) : la femme étant en position obstétricale, le col est abaissé à la vulve au moyen d'une pince de Museux; on introduit, une branche après l'autre, à la façon d'un forceps en miniature, cette pince *in utero* ; on articule et on en rapproche les mors, qui happent ainsi le placenta et l'entraînent au dehors, quand on retire la pince en lui imprimant un mouvement de rotation sur son axe.

γ. Les petits débris placentaires, les membranes ne peuvent être saisis ni par les doigts ni par la pince; on les chassera de l'utérus, par *expression abdomino-vaginale*. La main droite, en supination, place l'index et le médius dans le cul-de-sac vaginal postérieur, de façon à ce que la pulpe de ces deux doigts appuie sur la face postérieure de l'utérus ; la main gauche en pronation prend contact, au travers de l'abdomen, avec la face antérieure de la matrice ; ces deux mains pressent sur l'utérus, comme si elles voulaient se rejoindre, et, exprimant cet organe, en font sortir tous les débris qui y étaient demeurés.

Quand ce temps est terminé, à nouveau, et pour la dernière fois, l'index droit est réintroduit *in utero* et procède à la *revision de l'endomètre*, pour en détacher tout ce qui aurait pu y rester.

Le curage digital est fini ; il est bon de le compléter par un

curettage instrumental (Voy. p. 393) suivi d'un *attouchement iodé* (Voy. p. 390).

Traitement de la perforation utérine produite au cours de l'avortement. — Nous ne parlerons pas ici de la perforation causée par l'opérateur au cours du curettage, cet accident devant être étudié par ailleurs (Voy. p. 394). Nous voulons uniquement envisager la perforation faite par manœuvre abortive. Quand on constate cette lésion, étant données les conditions septiques dans lesquelles elle a pris naissance, il n'y a pas à hésiter, *il faut pratiquer l'hystérectomie*: soit l'*hystérectomie vaginale* (Voy. *Gynéc.*), excellente opération en pareil cas, soit l'*hystérectomie abdominale totale* (Voy. *Gynéc.*). Il est bien entendu que le péritoine sera largement drainé par l'abdomen et par le vagin (Voy. p. 404). Quant à la perforation du cul-de-sac vaginal postérieur avec péritonite, elle sera assimilée à une perforation utérine et traitée de la même manière. Dans tous ces cas, le succès tient à la rapidité de l'intervention.

II. — Conduite à tenir en cas d'accouchement prématuré.

I. **Il y a menace d'accouchement prématuré.** — La conduite variera suivant les cas :

A. *On laissera l'accouchement se faire* dans les trois conditions suivantes : 1° lorsqu'il existe une affection quelconque de la mère légitimant l'interruption de la grossesse (bassin rétréci, cardiopathie, éclampsie, tuberculose, etc.) ; 2° lorsque la femme étant près du terme (huit mois et demi, par exemple), l'enfant paraît bien développé ; 3° enfin quand on sait que le fœtus est mort.

B. *On tentera d'arrêter le travail* dans toutes les autres circonstances, c'est-à-dire quand la femme est saine, que l'enfant ne souffre pas et que la grossesse est de moins de huit mois et demi. Le traitement est exactement le même qu'en cas de menace d'avortement, consistant ici encore en repos au lit absolu et en laudanum (Voy. p. 61).

Si les membranes sont rompues, la femme recevra, en outre, trois injections antiseptiques par vingt-quatre heures (eau oxygénée, ou permanganate) ; la vulve sera recouverte, en permanence, par un pansement aseptique. On s'abstiendra de tout toucher vaginal.

II. **Le travail est commencé.** — La conduite ne diffère en rien de ce qu'elle doit être au cours de l'accouchement à terme ; il faut se rappeler qu'assez souvent le travail est un peu lent. Quant à l'enfant, s'il est débile, on le traitera comme il sera dit par ailleurs.

Il faut toujours essayer de préciser la cause d'un accouchement

avant terme, pour prévenir par la suite le retour d'un pareil accident, en en traitant la nature (la syphilis par exemple).

III. — Traitement de la grossesse extra-utérine.

Le traitement de la grossesse extra-utérine est d'ordre **exclusivement chirurgical : toute grossesse extra-utérine diagnostiquée, qu'elle cause ou non des accidents, que l'œuf soit vivant ou mort, commande l'intervention.** La seule différence qui existe entre les divers cas, c'est que les uns nécessitent l'opération d'urgence, tandis que, dans les autres, on peut, on doit même différer un certain temps avant d'intervenir. Or il existe à cet égard un facteur qui prime tous les autres : c'est l'*âge de la grossesse* : la gestat tion est-elle de moins de cinq mois ? Il n'y a pas à attendre le momende la très hypothétique survie du fœtus ; est-elle au contraire de cinq mois et demi, six mois ou davantage, alors la vie de l'enfant entre en jeu et est de nature à modifier la date de l'intervention.

I. — Traitement de la grossesse extra-utérine de moins de cinq mois.

En ce cas, il n'y a pas à s'occuper de l'embryon ; sa survie est très problématique et, d'autre part, la mère est menacée d'accidents trop redoutables ! *Donc il faut intervenir dans le plus bref délai.* Il convient, d'ailleurs, d'envisager plusieurs espèces cliniques différentes.

Premier cas : La grossesse évolue sans complication. — Il y a bien quelques douleurs, quelques pertes sanguines, mais rien ne met la vie de la femme en danger *immédiat.* Il n'en est pas moins vrai que celle-ci est menacée, d'une heure à l'autre, des accidents les plus terribles par leur brusquerie et leur gravité. L'indication est donc formelle ; il faut opérer dans le délai strictement nécessaire pour assurer le diagnostic et faire placer la femme dans les conditions d'assistance chirurgicale les plus favorables (maison de santé, hôpital, etc.).

Technique de l'ablation d'une grossesse tubaire non rompue. — La femme est préparée comme pour toute autre laparotomie, la vulve et le pubis rasés, la paroi abdominale soigneusement désinfectée, la vessie évacuée par cathétérisme. Sitôt anesthésiée, on la met en position inclinée de Trendelenburg. L'abdomen est ouvert, sur une longueur de 15 centimètres environ à partir du pubis, et aussitôt des champs protègent la masse intestinale, qu'on ne doit pas voir pendant toute l'opération ; une large valve sus-pubienne donne du

jour. L'intervention consiste à *extirper le sac fœtal ectopique exactement comme s'il s'agissait d'une annexite* : il n'y a donc qu'à se reporter à la description de la salpingectomie (Voy. *Gynéc.*). Bornons-nous à rappeler qu'il faut, tout d'abord, isoler soigneusement cette poche en détruisant les adhérences qui la relient aux organes voisins, et ceci en prenant bien soin de ne pas la rompre. Puis on sectionne les pédicules vasculaires interne (utéro-salpingien) et externe (salpingo-ovarien) entre des clamps. Il n'y a pas à s'effrayer de l'hémorragie veineuse, souvent assez abondante, mais dont un tamponnement momentané permettra de se rendre maître ; enfin les ligatures sont posées sur les pédicules avec le soin habituel, puis on péritonise la région opératoire. L'abdomen est fermé sans drainage.

Cette opération type, s'appliquant aux cas purs, comporte parfois certaines modifications.

α. Quand les annexes du côté opposé sont malades, il faut en pratiquer l'ablation : le plus simple, en pareil cas, est de recourir à l'hystérectomie totale ou subtotale, qui facilite grandement cette double salpingectomie (Voy. *Gynéc.*).

β. Quand il s'agit d'une grossesse incluse dans le ligament large, cas d'ailleurs peu fréquent, il faut inciser, d'abord, le feuillet péritonéal qui recouvre le sac fœtal, et l'isoler au doigt et à la compresse des lames séreuses et des paquets veineux qui l'entourent. L'écoulement sanguin, souvent ennuyeux, sera arrêté par le tamponnement; surtout il importe de ne pas perdre de temps. Le reste de l'intervention est conduit comme précédemment.

γ. Quand la grossesse est interstitielle, c'est-à-dire quand le sac fœtal occupe la paroi même de l'utérus, il faut recourir à l'*hystérectomie subtotale*, avec ablation des deux trompes (Voy. *Gynéc.*).

Second cas : Il se produit quelque complication. — Cette complication, c'est, anatomiquement parlant, la rupture ou l'avortement tubaires, ce qui se traduit cliniquement par une *hémorragie intrapéritonéale*. Dans de rares cas, l'œuf est décollé, mais le sang ne s'échappe pas hors de la trompe : il se constitue un *hématosalpinx* qu'on enlèvera, comme toute autre salpingite kystique, par salpingectomie unilatérale. Mais, très habituellement, le sang s'épanche dans le péritoine. Deux accidents, très différents dans leur allure et dans leur gravité, peuvent en être la conséquence : si le sang coule abondamment, si rien ne vient l'endiguer, il se produit une *inondation péritonéale*, une *hémorragie cataclysmique* ; si, par contre, le suintement est plus faible, s'il se fait par petites poussées successives, et que le péritoine a le temps de se défendre, l'épanchement se localise, s'enkyste, et nous aurons à faire à une *hématocèle*. Dans les

deux cas, il faut intervenir; mais, tandis que cette intervention doit être *immédiate* quand il s'agit d'une inondation péritonéale, on peut, en présence d'une hématocèle localisée, attendre quelque temps.

A. ***Intervention dans l'inondation péritonéale.*** — *Il n'y a pas, en chirurgie, d'urgence plus formelle :* la guérison est une affaire d'heures, et l'on peut dire que le pronostic se modifie d'une minute à l'autre. Par conséquent, dès que le diagnostic probable d'un pareil accident est posé, l'intervention doit être immédiatement décidée, immédiatement exécutée. Nous allons décrire cette opération dans ses détails les plus minutieux, puisqu'elle est de celles que tout praticien doit savoir faire, le cas échéant. Le cas clinique se présente ainsi : une femme se croit enceinte de deux à trois mois ; sa grossesse a présenté des symptômes anormaux : elle s'est accompagnée de *douleurs,* revenant par crises et siégeant dans le bas-ventre, et de *pertes sanguines*, peu abondantes et irrégulières. Puis, brusquement, souvent sans cause appréciable, la femme est prise d'une brusque douleur dans l'abdomen, douleur dont l'intensité peut être telle qu'une syncope en est la conséquence ; en même temps et très rapidement, apparaissent tous les signes d'une hémorragie interne : pâleur de la peau, décoloration des muqueuses, refroidissement des extrémités, rapidité et petitesse du pouls. Le ventre, très sensible, se ballonne ; au niveau de l'hypogastre, il y a de la défense musculaire, rendant impossible tout palper. Le toucher peut montrer de l'empâtement douloureux au niveau d'un des culs-de-sac latéraux ou du cul-de-sac postérieur.

Préparatifs. — Il faut :

1° *Remonter la malade.* — Les *injections sous-cutanées de sérum artificiel* (eau bouillie avec 7 grammes de sel marin par litre) constituent le plus précieux des moyens. Immédiatement, avant toute autre chose, on s'en occupe, faisant cette injection dans les deux cuisses à la fois, de façon à injecter rapidement 1 000 à 1 200 grammes. Les piqûres d'*éther*, d'*huile camphrée*, de *caféine*, constituent d'utiles adjuvants. En même temps, il faut *réchauffer la malade*, en entourant les jambes et les cuisses de coton cardé maintenu en place par des bandes quelconques, et en recouvrant le tronc de linges chauds.

2° *Préparer le matériel instrumental.* — N'importe quelle pièce claire et propre pourra servir de salle d'opération ; vite on débarrasse donc cette chambre de tout objet inutile, et on y met, en pleine lumière, une table de bois blanc, longue et étroite, recouverte d'une toile cirée. Si l'on peut faire apporter un plan incliné, ce sera utile à coup sûr, mais non nécessaire.

Comme instruments, le minimum suffit; il nous faut, en effet *un bistouri, une paire de ciseaux droits, une douzaine de pinces de Kocher, une pince à griffes, une aiguille courbe de Reverdin.* Si l'on dispose d'une trousse plus complète, on ajoutera quelques pinces clamps et une valve abdominale.

Les *matériaux de pansement* consistent en : compresses de gaze stérilisée, en abondance, champs stérilisés, deux drains de caoutchouc.

Comme matériaux de suture, quelques tubes de *catgut*, nos 1 et 2, et une *douzaine de crins de Florence.*

3° *Préparation de la malade.* — La paroi abdominale est désinfectée par le procédé le plus rapide et le moins traumatisant, que voici : 1° *frottage à l'éther* de toute la peau depuis le pubis, qu'il faut raser, jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'ombilic; puis 2° application, à l'aide d'un bouchon d'ouate hydrophile monté sur une pince de Kocher, d'une large couche de teinture d'iode sur toute cette région. Au bout de deux à trois minutes, on enlève à l'alcool l'excès de teinture d'iode.

L'opérateur et son aide procèdent à la désinfection des mains, comme avant toute autre opération; il sera de la plus grande utilité, pour pouvoir réduire le temps de cette désinfection, d'avoir à sa disposition des gants de caoutchouc stérilisés.

Intervention. — La malade est endormie, de préférence à l'*éther*. Tout le corps est recouvert de champs stérilisés qui laissent à nu la seule région sous-ombilicale médiane. Si l'on dispose d'un plan incliné, on inverse la malade.

L'opérateur se place à gauche de la malade, ayant à sa portée le plateau d'instruments; en face, l'aide a, sous la main, les cuvettes flambées qui contiennent les compresses de gaze et les fils.

Pratiquez une *incision abdominale médiane* s'étendant du pubis à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; que le bistouri sectionne rapidement la peau et le pannicule adipeux, la couche aponévrotique; qu'il attaque, à petits coups, la seconde couche graisseuse, sous laquelle la pince à griffes va saisir le péritoine qui apparaît noirâtre, et le présenter au bistouri ou aux ciseaux qui vont y créer une petite brèche. Immédiatement un flot de sang s'en échappe. Placez de suite une pince de Kocher sur chaque lèvre péritonéale, et agrandissez aux ciseaux cette incision séreuse, de façon à lui donner la même étendue qu'à l'incision des téguments. *Il faut voir clair et manœuvrer à l'aise :* ce n'est pas 2 ou 3 centimètres de plus qui augmentent le shock opératoire.

Le ventre est ouvert : IMMÉDIATEMENT, ET SANS PERDRE UN TEMPS PRÉCIEUX

À ÉPONGER LE SANG, PLONGEZ LA MAIN DROITE DANS LE PETIT BASSIN POUR Y SAISIR L'UTÉRUS TOUJOURS, RECONNAISSABLE A SA FORME ET A SA CONSISTANCE, ET ATTIREZ-LE DANS LA BRÈCHE ABDOMINALE, vous amenez ainsi, sous vos yeux, la poche tubaire rompue ; de suite, JETEZ DEUX PINCES DE KOCHER (ou deux clamps), l'un du côté externe de cette poche, au niveau de

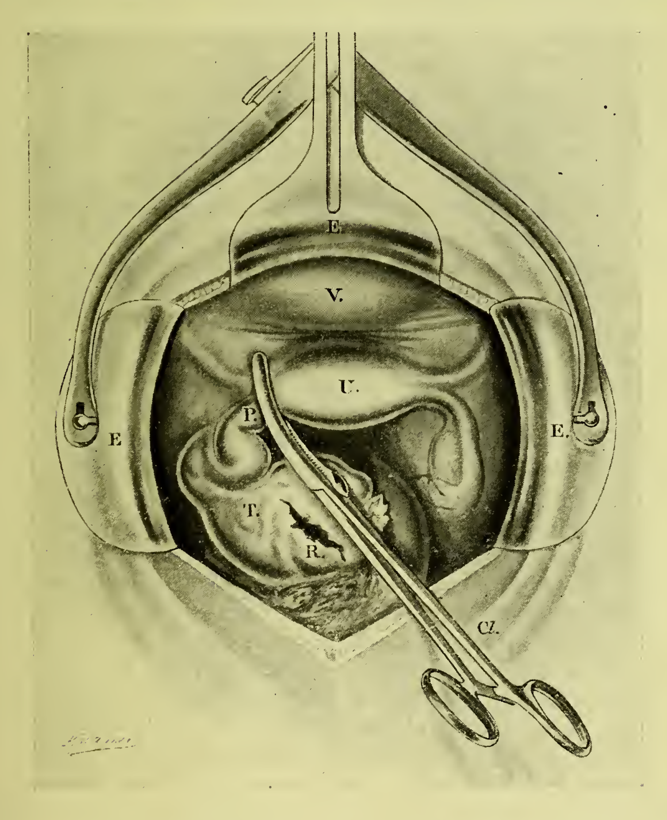


Fig. 18. — Intervention en cas de grossesse tubaire, T, rompue, en R. Dès que le ventre est ouvert, un clamp, C*l*, est jeté sur le pédicule, P, utéro-annexiel.

son pédicule ovarien, l'autre du côté utérin (fig. 18), entre elle et la corne utérine correspondante : *l'hémorragie est désormais arrêtée*, et vous allez pouvoir continuer l'intervention avec moins de précipitation.

A l'aide d'une large compresse, étanchez rapidement le sang dans lequel tout plonge : débarrassez-vous, à pleines mains, des caillots

qui encombrent le champ opératoire, et procédez de suite à la *ligature des pédicules vasculaires* que vous venez de pincer et à l'ablation de la poche tubaire. Pour ce faire, assurez-vous que les pinces ont bien saisi toute l'épaisseur de ces pédicules, puis, avec l'aiguille de Reverdin, passez un fort catgut, au travers du pédicule utérin ; nouez-les en 8 de chiffre, par-dessus et par-dessous ce pédicule que vous allez sectionner entre le nœud qui va rester attenant à l'utérus et le clamp qui demeure sur la poche tubaire ; recommencez de la même façon au niveau du pédicule externe. La poche tubaire étant enlevée, nous épongeons à nouveau ; nous nous assurons que les vaisseaux sont bien liés ; en cas de doute, un fil de sûreté serait encore jeté sur eux ; puis la tranche de section de la trompe est touchée légèrement au thermocautère. Ceci fait, il est bon de fermer, par un rapide surjet au catgut, l'aileron tubaire du ligament large qui vient d'être ouvert par l'ablation de la poche tubaire. On ne saurait apporter trop de soin à tout ce temps : il faut, absolument, empêcher la persistance du plus minime suintement sanguin.

Il faut alors, mais alors seulement, vider le péritoine du sang qui l'encombre. Si la malade était en position de Trendelenburg, on jette sur le petit bassin une grosse compresse faisant bouchon, et on remet la femme en situation horizontale ; de cette façon, le sang qui s'était accumulé vers le diaphragme s'écoule vers la plaie, mais ne peut pas s'amasser dans le cul-de-sac de Douglas. Par des pressions exercées de chaque côté et à l'extérieur, au niveau des flancs, on donne issue à la plus grande partie de ce sang ; puis on complète cette toilette péritonéale en absorbant, à l'aide de compresses de gaze, le liquide qui n'est pas sorti spontanément. Plus cette détersion est complète, mieux cela vaut ; on n'abrégera donc ce temps opératoire que dans le cas où l'état de la malade paraît particulièrement précaire.

Ceci fait, *il n'y a plus qu'à fermer l'abdomen* en deux plans : un plan de catgut, par points séparés, comprenant le péritoine et la couche musculo-aponévrotique, un plan de crins de Florence sur les téguments. Faut-il drainer? Cela est inutile si l'on a conscience d'avoir bien vidé l'abdomen ; dans le cas contraire, ou encore si l'on n'est pas rigoureusement sûr de son asepsie, il est prudent de placer un ou deux drains, plongeant dans le Douglas et ressortant par l'angle inférieur de la plaie.

Le *pansement* consiste toujours en plusieurs couches de compresses de gaze, puis d'ouate hydrophile, le tout maintenu par un large bandage de flanelle bien serré.

Soins consécutifs. — L'opérée est portée dans son lit, couchée bien à plat et réchauffée à l'aide de boules d'eau chaude et de linges

chauds. Dans les heures qui suivent, il peut être bon de faire à nouveau une injection de 500 grammes de sérum.

Si l'on n'a pas drainé, le pansement est laissé en place jusqu'au moment où l'on doit enlever les fils; dans le cas contraire, on le change matin et soir, et à chaque fois on fait de l'aspiration, au travers des drains, à l'aide d'une sonde de Nélaton montée sur une seringue de Roux, ce qui permet de retirer pas mal de sérosité sanguinolente.

Au bout de quarante-huit heures, les drains sont enlevés. Il n'est pas rare d'observer, le lendemain de l'intervention, des tranchées utérines et un léger écoulement vaginal traduisant l'élimination de la déciduale; quelques piqûres de morphine calmeront les douleurs.

Les *soins généraux* : diète, puis reprise graduelle de l'alimentation, évacuation intestinale, évacuation de la vessie, étant ici exactement les mêmes qu'après toute autre laparotomie, nous n'avons pas à les décrire.

B. ***Intervention dans l'hématocèle enkystée.*** — Pour être infiniment moins urgente qu'en cas d'hémorragie diffuse, l'indication opératoire n'en est pas moins formelle, car il ne faut pas escompter la très rare résorption spontanée de l'épanchement. Mais, ici, il n'y a pas à intervenir au premier symptôme, au contraire : laissons le travail d'enkystement se faire; attendons plusieurs jours, voire même plusieurs semaines, en maintenant la femme couchée sur le dos et strictement immobile, la paroi abdominale recouverte, en permanence, d'un large sac de glace. Objet d'une surveillance médicale constante, cette femme serait opérée immédiatement si, en dépit de nos prévisions, l'hémorragie avait tendance à augmenter sans cesse; si, au contraire, la tumeur ne fait plus de progrès, que, loin de s'accroître, elle a même tendance à diminuer, après avoir mis la femme en état d'asepsie locale et de résistance générale aussi bonnes que possible, on opérera, à son jour, loin de tout accident menaçant, c'est-à-dire dans d'heureuses conditions.

Technique de l'intervention dans l'hématocèle enkystée. — Comme elle diffère suivant les cas, force nous est d'envisager différentes hypothèses cliniques :

α. L'hématocèle est récente, encore en voie probable d'accroissement. C'est à la *laparotomie* qu'il faut avoir recours. La femme étant en position inclinée de Trendelenburg, l'abdomen est ouvert sur une longueur de 15 centimètres à partir du pubis, les anses intestinales protégées comme à l'habitude. Avec les doigts, on effondre la poche hématique, située très habituellement en arrière de l'utérus, et on la vide des caillots qu'elle contient ; quant à la paroi même du

kyste, les adhérences qui la relient aux organes voisins empêchent que l'on n'en puisse faire l'exérèse totale ; on se bornera donc à en inciser, aux ciseaux, les morceaux, qui se laissent très aisément détacher. Le reste est abandonné au travail naturel de résorption, qui se fera à la longue. Il importe d'établir un bon drainage, par la paroi abdominale, et au besoin par le vagin (Voy. p. 404). Quand l'écoulement sanguin ne paraît pas s'arrêter, il est prudent de placer dans la poche un tamponnement à la Mickulicz (Voy. *Précis de thérapeutique chirurgicale*). Enfin il est évident qu'il faut pratiquer l'ablation des annexes malades. Quant à l'utérus, il sera très généralement laissé en place.

β. L'hématocèle est ancienne. — En pareil cas, il convient d'abandonner la voie haute et d'*intervenir par le vagin*, à moins que la tumeur, anormalement élevée, ne reste très éloignée du dôme vaginal. L'opération, extrêmement simple, consiste en une banale *colpotomie postérieure* (Voy. p. 400) ; le cul-de-sac postérieur étant ouvert transversalement, on effondre du doigt, ou à l'aide d'un clamp mousse, la poche hématique : on agrandit la brèche, en y introduisant une pince dont on écarte les mors. Les caillots sont enlevés au doigt, et l'opération terminée par la mise en place d'un gros drain, qu'il faudra bien se garder de retirer trop tôt.

γ. Lorsque l'hématocèle est suppurée, c'est toujours *par voie basse* qu'il faut ouvrir et drainer. En pareil cas, en effet, la voie transpéritonéale deviendrait extrêmement dangereuse. On attendra, pour inciser par colpotomie, que la collection bombe nettement dans le cul-de-sac de Douglas, à moins, bien entendu, que l'on n'ait la main forcée par l'intensité des accidents.

II. — *Traitement de la grossesse extra-utérine de plus de cinq mois.*

Ici encore il faudra *toujours opérer*, mais, sauf exception, l'urgence est infiniment moindre et, dans nombre de cas, qu'il s'agit de préciser, on peut et on doit même attendre un temps plus ou moins long avant d'intervenir. Une première considération doit entrer en ligne de compte : *c'est l'état du fœtus*, qui peut être vivant ou mort.

Premier cas : L'enfant est vivant. — Désormais *sa survie doit être escomptée* ; d'autre part, *les accidents de rupture tubaire sont beaucoup moins à craindre* qu'au cours des quatre premiers mois ; par conséquent, si aucune complication ne vient nous forcer la main, *il y a tout avantage à attendre que le fœtus soit viable* pour l'extraire alors par voie abdominale.

A. *La grossesse évolue sans complication.* — Attendre le plein terme serait dangereux, car, à ce moment, il va se produire une sorte de faux travail qui pourrait entraîner comme conséquence la rupture de la poche et la mort du fœtus; d'autre part, opérer trop tôt serait irrationnel, puisqu'on ne mettrait au monde qu'un débile, incapable de survivre. Le mieux est donc d'intervenir *au début du neuvième mois.*

Technique de l'intervention au début du neuvième mois, l'enfant étant vivant. — La femme aura été préparée, pendant les jours précédents, comme pour toute autre laparotomie (Voy. *Gynéc.*); placée sur le plan incliné, elle est anesthésiée et la paroi abdominale désinfectée sur toute sa hauteur. L'intervention va comprendre les temps suivants :

α. Ouverture de l'abdomen. — L'abdomen est ouvert, longitudinalement, sur la ligne médiane, sur une longueur de 20 centimètres au moins; des champs refoulent vers le diaphragme le paquet intestinal, ne laissant à découvert dans l'aire de la plaie que la paroi antérieure du kyste fœtal; on s'assure qu'aucune anse grêle n'y adhère, pour l'en séparer doucement, s'il en était ainsi.

β. Ouverture du kyste et extraction de l'enfant. — On ponctionne au bistouri la paroi antérieure du kyste, en son milieu, comme lorsqu'il s'agit d'ouvrir l'utérus au début d'une césarienne (Voy. p. 212); un flot de liquide amniotique s'échappe ; la boutonnière ainsi créée est immédiatement agrandie aux ciseaux, sur une longueur de 20 centimètres. Par cette brèche, la main s'introduit dans l'intérieur de la poche et saisit le fœtus soit par la tête, soit beaucoup plus aisément par les pieds. Sitôt extrait, l'enfant est déposé sur un linge stérilisé que tendent les mains d'un aide, et le cordon est pincé et coupé ; la personne qui l'emporte s'occuppera de le ranimer s'il en est besoin (Voy. p. 92); l'opérateur et son aide direct ne devront pas détourner leur attention de la mère, fût-ce une minute. Parfois le placenta répond justement à la paroi antérieure du kyste : il vaut mieux, si l'on peut, inciser à côté ; s'il s'étend sur une surface trop large, on passera au travers coûte que coûte; mais alors il faut aller aussi vite que possible.

γ. Traitement du placenta. — Suivant les cas, on agira très différemment :

1° *Quand le placenta peut être individualisé, séparé des organes sur lesquels il s'insère, le mieux est d'en faire l'ablation.* On le décolle, alors, avec mille précautions, en prenant bien soin surtout de ne pas déchirer quelque anse intestinale à laquelle il peut être adhérent. Un fort et rapide tamponnement à la gaze aseptique arrêtera l'hémorragie qui accompagne cette délivrance.

2° *Quand le placenta ne peut pas être individualisé, quand, très étendu, très diffus, il s'attache non seulement sur les parois pelvi-abdominales, mais encore sur les intestins, on le laissera en place.* Essayer quand même l'extraction serait aller au-devant de deux complications très graves : l'hémorragie en nappe et incoercible, et la déchirure multiple de l'intestin. Si ce dernier accident se produisait, il faudrait y parer immédiatement, en procédant séance tenante à la suture intestinale (Voy. *Précis de technique chirurgicale*) ; aussi faut-il avoir bien soin de préparer toujours, à l'avance, le nécessaire pour cette suture : soie 00 et aiguilles fines.

δ. Traitement du sac fœtal. — Ici encore, il faut se laisser guider par les circonstances :

1° *Quand l'isolement du sac est possible, sans délabrement, l'idéal est de l'enlever*, comme on le ferait de toute poche kystique adhérente : on détruit donc, avec la douceur habituelle, les adhérences qui relient ce sac aux organes voisins ; on lie les vaisseaux qui donnent ; on tamponne, du moins momentanément, les surfaces qui saignent en nappe. Parfois, cette extirpation est facilitée de ce fait que le sac est pédiculisable, et qu'alors il peut être enlevé comme toute autre tumeur; plus souvent, cette ablation est laborieuse, et on peut être amené à pratiquer en même temps l'ablation de l'utérus et des annexes du côté opposé.

2° *Quand l'isolement du sac est impossible, il n'y a qu'à l'abandonner dans l'abdomen, en le marsupialisant.* La main enlève, d'abord, les caillots qui l'encombrent et les débris de membranes plus ou moins flottants; les ciseaux résèquent tout ce qui peut être enlevé sans blessure d'organes voisins. Ceci fait, on suture les bords de cette poche ainsi réduite, à l'aide de points séparés au catgut, au pourtour de la plaie abdominale, en ayant bien soin de clore très exactement la grande cavité péritonéale. Cette poche ainsi marsupialisée, et où nous supposons que le placenta est resté, est enfin comblée par un *tamponnement*, très serré, à la gaze aseptique ou peroxydée. Ce procédé conviendra encore au cas où on a entrepris l'ablation du sac, mais où on a été obligé de s'arrêter en cours de route : tout ce qui a été décollé est réséqué, et le reste de la poche est marsupialisé.

ε. Fermeture de l'abdomen. — Quand le sac fœtal et le placenta ont pu être complètement enlevés, on procède à une soigneuse toilette du péritoine, en enlevant les caillots qui y sont tombés. On s'assure qu'aucun point ne saigne, et on ferme la paroi comme à l'ordinaire, en drainant, par précaution, à l'aide d'un tube de caoutchouc ressortant par l'angle inférieur de la plaie ; s'il persiste quelque

suintement sanguin, un *tamponnement à la Mickulicz* sera placé en cette région. Quand la poche a été marsupialisée, quand le placenta a été abandonné dans l'abdomen, on se borne à rétrécir, à l'aide de fortes soies, la brèche abdominale au-dessous et au-dessus de la cavité que l'on vient de marsupialiser, et qui doit s'ouvrir *largement* à l'extérieur; par cet orifice, sort le tamponnement qui remplit cette poche. Un large pansement aseptique (compresses et ouate hydrophile) termine l'opération.

En toute hypothèse, il s'agit là d'une opération longue, laborieuse, déterminant une hémorragie appréciable; aussi, faut-il, tout de suite après, ou au cours même de l'intervention, injecter un litre de sérum sous la peau. L'état de shock sera combattu comme à l'ordinaire (Voy. *Précis de technique chirurgicale*).

ζ. Soins consécutifs. — 1° *Quand tout a été enlevé*, placenta et sac, les suites doivent être simples; le drain, le Mickulicz sont retirés au bout de vingt-quatre à trente-six heures, et l'opérée est traitée comme toute autre laparatomisée.

2° *Quand la poche a été marsupialisée*, *que le placenta est demeuré dans l'abdomen*, les suites opératoires sont toutes différentes. Deux complications sont à redouter : l'infection et les hémorragies secondaires. Le placenta mettra plusieurs semaines à s'éliminer, et, pendant ce temps, l'opérée doit être l'objet d'une surveillance assidue. Chaque jour le tamponnement intrakystique est changé; on en profite pour faire dans cette plaie, mais sous très basse pression, une irrigation à l'eau bouillie, coupée d'eau oxygénée s'il existe quelque indice de putréfaction; quand la poche s'est notablement rétrécie, le tampon est remplacé par des drains de plus en plus petits, qu'on finit par enlever. L'éventration qui en résulte bien souvent fera l'objet d'un traitement ultérieur (Voy. *Précis de technique chirurgicale*).

B. ***Quelque complication se produit.*** — Ce peut être une rupture du kyste fœtal, ou une infection. En pareil cas, il *faut intervenir immédiatement* : l'opération ne diffère, d'ailleurs, en rien de celle qui vient d'être décrite, et elle sera conduite d'après les mêmes principes; il est bien évident qu'il faudra toujours, en pareil cas, *drainer largement le péritoine*. Remarquons, également, que l'état de santé de la malade nous fera incliner, de préférence, vers les opérations les plus faciles, partant les plus brèves; c'est dire qu'à moins d'exception on ne tentera pas l'ablation du placenta ni celle du sac fœtal.

Second cas : L'enfant est mort. — Plusieurs éventualités peuvent encore se présenter :

A. ***La mort est récente ; il n'y a pas de complication.*** — A

lieu d'intervenir immédiatement et de s'exposer, ainsi, aux dangers de l'hémorragie que nous avons rencontrée dans le cas précédent, *il faut attendre que la circulation placentaire soit ralentie et n'opérer qu'au bout de quatre à six semaines.* L'intervention ne diffère en rien de ce qu'elle est alors que le fœtus est vivant, sauf qu'elle est *beaucoup moins périlleuse*, les risques d'hémorragie sérieuse étant très diminués. Aussi ira-t-on beaucoup plus volontiers dans le sens des interventions radicales, se proposant, à moins de réelle impossibilité, d'extraire non seulement le placenta, mais la totalité du sac ; si l'on n'y peut réussir, on marsupialisera, comme il a été dit plus haut.

B. *La mort est ancienne ; le fœtus est transformé en lythopædion.* — Ici encore, *il faut toujours opérer*, car cette tumeur fœtale peut s'infecter ou donner lieu, à un moment quelconque, à de graves symptômes de compression. Si la mort ne remonte qu'à quelques mois, l'opération ne diffère en rien de ce que nous venons d'étudier en traitant de la mort récente ; si elle remonte à plusieurs années, le kyste fœtal a revêtu l'affection d'une tumeur solide et adhérente et que l'on enlèvera comme telle (Voy. *Gynéc.*).

C. *Il survient quelque complication.* — Il s'agit soit de l'infection, soit de l'élimination spontanée du fœtus.

1° **Il y a infection.** — C'est la même intervention que précédemment, mais pratiquée d'urgence.

2° **Il y a élimination du fœtus par fistule.** — Ceci peut se produire dans quelques cas de rétention très ancienne ; le fœtus s'élimine alors, par fragments, au travers de la paroi abdominale ou vers les différentes cavités viscérales. Si le sac fœtal s'est ouvert vers l'abdomen, il convient d'agrandir le trajet fistuleux, d'enlever tous les débris qui peuvent être arrachés et de drainer; il en sera de même en cas de fistulisation vers le vagin. Quand, au contraire, c'est vers quelque viscère, vessie ou intestin, que l'élimination tend à se faire, on pratiquera la laparotomie, pour procéder à l'extraction du kyste et à l'oblitération de la fistule.

IV. — Conduite à tenir en cas de mort de la femme enceinte.

Il convient d'étudier, sous ce même titre, la conduite à tenir non seulement lorsque la femme est morte, mais lorsqu'elle est agonisante. Comment, en ces deux cas, peut-on sauvegarder au mieux les intérêts du seul être qui compte encore, le fœtus ?

1° **La femme est agonisante.** — Il s'agit, par exemple, d'une cardiaque, d'une tuberculeuse, d'une méningitique. Attendre la

mort serait s'exposer à voir succomber le fœtus ; mieux vaut évacuer, immédiatement, l'utérus.

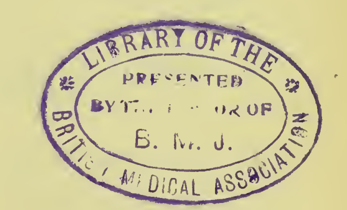
L'opération césarienne, logique en théorie, répugnera en pratique ; elle sera abandonnée au profit de l'*accouchement méthodiquement rapide* (Voy. p. 53), particulièrement facile en pareil cas, en raison du ramollissement de l'anneau cervical. Si le col offrait une résistance anormale, on aurait recours aux *grandes incisions cervicales* (Voy. p. 177) ou mieux encore à la *césarienne vaginale* (Voy. p. 177), qu'il est alors très aisé de pratiquer sans anesthésie.

2° **La femme vient de mourir.** — Comment agir, par césarienne ou par accouchement forcé ?

La CÉSARIENNE reconnaît deux indications : α. *la certitude de la mort* (suicide, par exemple) ; β. *l'état du col, long et fermé.*

Il sera toujours bon, tout en abrégeant les préparatifs, de faire cette opération comme si la femme était vivante, et en particulier de pratiquer la délivrance et les sutures utérines et abdominales.

L'ACCOUCHEMENT FORCÉ, aidé, s'il le faut, par les incisions du col, reconnaît les deux indications contraires : α. la possibilité d'une mort apparente, en cas d'éclampsie par exemple ; β. la perméabilité du col, s'il y a déjà un début de travail.



DEUXIÈME SECTION

CONDUITE A TENIR AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

CHAPITRE PREMIER

CONDUITE A TENIR AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL

I. Étude générale : Préparatifs, instrumentation. — Conduite à tenir durant la période de dilatation; durant la période d'expulsion.
Soins à donner au nouveau-né.
II. Étude spéciale de chaque présentation :
Conduite à tenir dans la présentation du sommet.
Conduite à tenir dans la présentation de la face.
Conduite à tenir dans la présentation du siège.

I. — ÉTUDE GÉNÉRALE DE LA CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL.

I. — Préparatifs pour l'accouchement. — Instruments.

A. **Arsenal obstétrical.** — Complet, il doit comprendre les instruments suivants :

Un stéthoscope obstétrical ;
Un insufflateur ;
Un forceps (dernier modèle de Tarnier) ;
Un basiotribe Tarnier (dernier modèle) ;
Un cranioclaste ;
Une paire de ciseaux de Dubois courbes ;
Un crochet de Braun ;
Un embryotome de Ribemont-Dessaignes ;
Un embryotome de Tarnier ;

Une pince porte-ballon ;
Un jeu de ballons de Champetier ;
Un dilatateur de Bossi ;
Un écarteur Tarnier ;
Un jeu de bistouris ;
Des valves vaginales, de plusieurs dimensions ;
Deux fortes pinces de Museux ;
Deux pinces à pansement utérin ;
Deux paires de ciseaux droits (l'une forte, l'autre moyenne) ;
Deux paires de ciseaux courbes (l'une forte, l'autre moyenne) ;
Une aiguille d'Emmet ;
Deux aiguilles de Reverdin (une droite, une courbe) ;
Une aiguille à pédale ;
Une pince à dissection (à griffes) ;
Un jeu de pinces de Kocher (une vingtaine, environ) ;
Quatre pinces-clamps ;
Une grande valve abdominale sus-pubienne ;
L'aiguille à pubiotomie de Gigli ;
Un jeu de scies de Gigli ;
Une sonde urétrale en argent ;
La série des bougies de Hégar ;
Deux curettes (une fenêtrée à dents de scie et une curette de Bouilly) ;
Une sonde intra-utérine de Doléris.

Telle est la liste complète des instruments qui permettent de répondre à tous les cas, d'entreprendre toutes les opérations obstétricales. Nous ne saurions trop conseiller au praticien isolé de se munir de toute cette liste : il est, en effet, des instruments auxquels on ne peut suppléer.

B. **Trousse courante.** — On l'emportera avec soi lorsqu'on se rendra près d'une femme en travail, et chez laquelle on sait que tout se présente normalement ; elle ne contient, évidemment, qu'une faible partie de la liste ci-dessus. Il suffit d'emporter dans ce cas (fig. 19) :

Le stéthoscope obstétrical ;
Le forceps ;
La sonde intra-utérine ;
L'aiguille d'Emmet ;
La pince à disséquer ;
Trois à quatre pinces de Kocher ;
La sonde vésicale ;
Une pince à pansement utérin ;

Une paire de ciseaux droits ;
L'insufflateur.

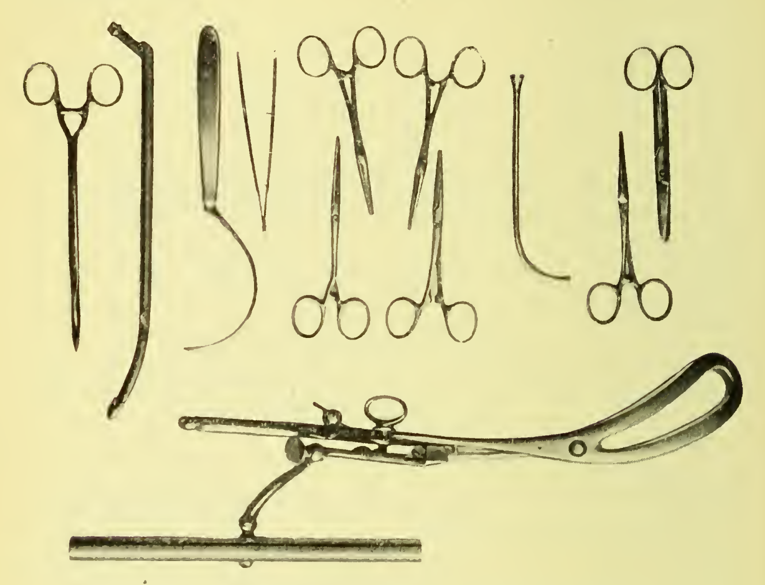


Fig. 19. — Instruments à préparer lors de tout accouchement.

II. — Matériaux de pansement.

L'accoucheur aura soin de donner par avance à ses clientes, pour parer à l'éventualité d'un accouchement prématuré, la liste des objets qu'elle doit se procurer :

Chloroforme anesthésique.................	60 grammes.
Vaseline blanche stérilisée.................	2 tubes.
Savon liquide stérilisé.....................	350 grammes.
Alcool à 90°................................	500 —
Teinture d'iode..........................	100 —
Permanganate de potasse.................	1 gramme.

Pour 1 cachet : n° 20.

Bisulfite de soude.......................	50 grammes.
Éther sulfurique.........................	60 —
Crins de Florence (gros), un tube de 12.	
Soie n° 3..................................	1 tube.
Une bande de gaze longue de 10 mètres (pour tamponnement utérin).	
Compresses de gaze stérilisée (1 boîte de 20).	

Carrés d'ouate stérilisée, 1 boîte de.........	300	grammes.
Solution de nitrate d'argent à 1 p. 150.....	10	—
Ergotine Yvon (en ampoules de 1 centimètre cube).		
Ouate hydrophile........................	1 000	—
(par paquets de 250 grammes.)		

La femme préparera en outre : *une dizaine de litres d'eau bouillie froide*; l'eau bouillie chaude sera fabriquée dès l'apparition des douleurs et pendant tout le cours du travail ; un bock à injections de 2 litres émaillé ; deux canules vaginales en verre, à bout olivaire percé de trous latéraux ;

Un bassin plat, aussi vaste que possible ;

Deux ou trois cuvettes émaillées ;

Une large toile cirée qui doit garnir toute la largeur du lit ;

Des draps et des serviettes, en aussi grande quantité que possible ;

Une baignoire pour le nouveau-né ;

La layette de l'enfant ;

De la poudre de talc ;

Un litre d'alcool dénaturé (pour flamber les objets de pansement) ;

Un jeu d'épingles de sûreté de plusieurs dimensions ;

Deux ou trois brosses à ongles.

CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL.

Tout étant normal, la conduite de l'accoucheur, près d'une parturiente, peut se résumer en deux mots, puisqu'elle consiste :

1° *En la simple expectation pendant la période de dilatation ;*

2° *Dans la direction des efforts de la nature, lors de la période d'expulsion.*

I. — Pendant la période de dilatation.

A. **Dès le début du travail.** — Il faut vaquer à quatre soins importants :

1° **Procéder à un nettoyage général** en faisant prendre à la parturiente un grand bain savonneux, toutes les fois que la chose est possible ;

2° **Évacuer l'intestin** par un grand lavage ;

3° **Évacuer la vessie** au besoin par le cathétérisme (à la sonde de Nélaton) si la femme n'arrivait pas à vider spontanément le réservoir urinaire ;

4° **Procéder à la désinfection des organes génitaux.** — On y parvient ainsi :

a. Les poils de la vulve sont coupés, aux ciseaux, aussi courts que possible ; il est inutile de recourir au rasoir, à moins qu'on ne doive pratiquer une intervention (forceps, version, etc.) ;

b. La vulve et le vagin sont méthodiquement frottés à l'aide de coton hydrophile imbibé d'eau savonneuse. On nettoie de même toute la région périnéale et le haut de la face interne des cuisses ;

c. On termine par une injection vaginale à l'eau oxygénée (coupée d'eau bouillie aux deux tiers) ou au permanganate de potasse (1 gramme par litre) ;

d. Sur la vulve est placé un pansement aseptique (gaze et ouate hydrophile) qu'un bandage en T y maintiendra en permanence.

B. Pendant tout le cours du travail. — *La femme pourra rester debout ou assise*, tant que la dilatation est inférieure à 6 ou 8 centimètres et que les membranes sont intactes. *Elle s'alimentera légèrement.*

L'accoucheur, qui doit se tenir à proximité de sa cliente, dès que la dilatation atteint 6 à 8 centimètres chez la primipare, 3 à 5 centimètres chez la multipare, après s'être assuré par un examen méthodique que tout est normal, doit se borner à ausculter de temps en temps le cœur fœtal. **Le toucher sera pratiqué le moins possible. Chaque fois, il faudra procéder à la désinfection des mains comme s'il s'agissait d'une opération chirurgicale** : brossage à l'eau chaude et au savon pendant cinq bonnes minutes, rinçage à l'eau bouillie ; immersion et brossage dans l'alcool absolu pendant une minute. Nous ne saurions trop recommander l'emploi des gants de caoutchouc stérilisés ; il nous semble qu'à l'heure actuelle l'obstétrique, comme toutes les branches de la chirurgie, ne doit plus se faire à main nue. Chaque toucher sera suivi d'une injection vaginale.

Si les membranes venaient à se rompre, où si l'on constatait que la dilatation est très avancée, on ferait coucher la femme, le lit ayant été garni au préalable.

Tant que la dilatation n'est pas absolument complète, il faut, de toute nécessité, empêcher la femme de pousser.

II. — Pendant la période d'expulsion.

A. La dilatation étant complète. — *On procède à la rupture des membranes*, si celles-ci ne se sont pas rompues spontanément : pour ce faire, il n'y a qu'à appuyer fortement sur le centre de la poche des eaux, avec l'ongle ou avec une branche de ciseaux. Si la poche est plate, on ne réussira à la rompre qu'au cours d'une contraction ;

si elle est saillante, on l'ouvrira dans l'intervalle de deux douleurs. Avant d'ouvrir l'œuf, on a eu soin de refaire une soigneuse désinfection génitale (Voy. plus haut).

B. **Il faut ensuite faire pousser la parturiente.** — La femme est couchée sur le dos (fig. 20), bien à plat et près du bord du lit; la tête est soulevée sur un seul oreiller. Quand une douleur survient, la parturiente fléchit les cuisses au maximum, et, prenant point



Fig. 20. — Position de la parturiente, lors de l'expulsion.

d'appui sur la plante des pieds, se cramponnant, d'autre part, des deux mains à la barre du lit située derrière la tête, elle fait effort comme pour aller à la selle, *pendant toute la durée de la douleur.*

Dès que la douleur est terminée, la femme cesse de pousser, et, étendant les jambes, elle se repose jusqu'à la contraction suivante.

C. **L'accoucheur surveille l'état du fœtus, pendant cette période.** — Assis à la droite du lit, le dos tourné vers les pieds de la malade, les mains désinfectées et ayant à leur portée une cuvette d'eau bouillie, l'accoucheur *s'abstient du toucher*, *complètement inutile désormais.* Par contre, *il observe de près l'état du fœtus*, en auscultant entre chaque douleur. L'altération des bruits du cœur (d'abord précipités, puis irréguliers et ralentis), la perte de méconium, en traduisant la souffrance de l'enfant, constitueraient une indication précise de terminaison artificielle de l'accouchement (Voy. p. 120).

D. **Quand la présentation est sur le point de se dégager au travers de la vulve.** — On fait surélever le siège de la parturiente, en glissant sous les fesses deux draps roulés solidement en un gros cylindre, constituant ce que l'on nomme, en effet, le *drap de siège.*

De cette façon, le périnée va pouvoir être surveillé de très près; quant à la façon même d'effectuer le dégagement, elle varie avec chaque présentation et sera étudiée ci-après.

E. **Anesthésie obstétricale.** — On peut avoir recours à deux modes d'anesthésie :

1° ***A l'anesthésie chirurgicale***, lorsqu'il s'agit *de terminer artificiellement* l'accouchement, par une application de forceps, par exemple.

2° ***A l'administration de chloroforme à dose analgésique*** (dit « chloroforme à la Reine »), qui est de mise au cours de tout accouchement naturel, dès que la dilatation est complète : dès que l'utérus commence à se contracter, la femme aspire une bouffée de chloroforme; l'inhalation est continuée pendant toute la durée de la douleur et suspendue, de suite après, jusqu'à la contraction suivante ; pendant le dégagement du fœtus, au travers de la vulve, la dose doit être un peu plus abondante.

III. — Soins à donner au nouveau-né.

Durant le temps qui s'écoule entre la sortie de l'enfant et la délivrance, — temps qui sera, en moyenne, de vingt minutes à une demi-heure, — on s'occupera du nouveau-né. Les soins qu'on devra lui donner diffèrent suivant que l'enfant est sorti en bon état, se mettant de suite à respirer ou à crier, ou qu'au contraire il est né en état de mort apparente.

1° **L'enfant naît en bon état et se met de suite à crier.** — C'est le cas de beaucoup le plus habituel, surtout lorsque l'accouchement a été spontané. On procédera aux soins qu'il faut lui donner dans l'ordre suivant :

α. **On commence par nettoyer les yeux.** — Le nouveau-né étant étendu sur le dos, entre les cuisses de la mère, à une distance des organes génitaux suffisante pour l'empêcher, en s'agitant, d'y porter les pieds, mais pas assez grande pour tirailler le cordon, on procède, de suite, au nettoyage des paupières, qui se sont souillées au contact des mucosités génitales.

1° Avec de la ouate hydrophile, imbibée d'eau bouillie chaude et de savon (de préférence en solution aseptique), on frotte doucement, à trois ou quatre reprises, chacune des deux fentes palpébrales ; avec un dernier morceau d'ouate, imbibé simplement d'eau bouillie, on enlève le savon qui y reste. Ceci fait, les yeux étant bien débarrassés de tout corps étranger, on passe au temps suivant.

2° Il s'agit d'instiller, dans chaque fente palpébrale, quelques

gouttes d'une solution antiseptique, mais non caustique, destinée à prévenir la si dangereuse ophtalmie purulente ; on emploiera dans ce but :

Soit une *solution fraîche de nitrate d'argent* à 1 p. 150 dont on fait tomber, à l'aide d'un compte-gouttes, IV à V gouttes sur chaque cornée; soit, plus simplement et avec non moins d'efficacité, *V à VI gouttes de jus de citron*; le citron étant coupé par son milieu, juste au moment d'en faire usage, il n'y a qu'à en presser doucement la moitié au-dessus de chaque œil. C'est là une excellente pratique.

Ce nettoyage, qui est toujours de mise, sera fait avec un soin particulièrement jaloux, si la femme présentait quelque écoulement vaginal dont on serait en droit de suspecter la nature gonococcique.

β. **On procède, ensuite, à la section et à la ligature du cordon.** — La toilette des yeux a demandé une à deux minutes, juste le temps nécessaire pour permettre aux battements du cordon de faiblir ou même de disparaître ; le moment est venu d'en pratiquer la section.

1° Section du cordon. — Une pince de Kocher est jetée sur le cordon, perpendiculairement à son axe, et à 10 centimètres environ de l'insertion ombilicale. A 1 centimètre au delà de cette pince par rapport à l'ombilic, c'est-à-dire entre la pince et l'extrémité placentaire, on sectionne la tige funiculaire en un coup de ciseaux. Il n'y a aucun avantage à opérer cette section entre deux pinces, le bout placentaire pouvant saigner tout à l'aise, à moins qu'il ne s'agisse d'un accouchement gémellaire (Voy. p. 311).

2° Ligature du cordon. — Pour faire cette ligature, on fera usage d'un *fil aseptique, résistant mais pas trop gros* : soit de la soie n° 3, soit d'un fort fil de Bretagne, que l'on fait bouillir durant cinq minutes avant de l'utiliser. Le catgut ne serait pas assez sûr, et le crin de Florence risquerait de couper la friable tige funiculaire. Le fil choisi, ayant une longueur de 30 centimètres, est d'abord passé en anse (fig. 21), au-dessous du cordon, puis noué autour de celui-ci, absolument de la même façon que lorsqu'on lie une artère (Voy. *Précis de technique chirurgicale*). Il ne faut pas craindre de bien serrer, mais, ici comme toujours, cette striction doit être faite lentement et progressivement, et non par un brusque à-coup qui n'aurait d'autre résultat que de briser le fil à ligature ou d'entamer plus ou moins profondément le cordon. Cette première ligature étant faite, on ramène les deux extrémités du fil autour du cordon (fig. 22), pour les nouer à nouveau et de la même manière, en un point diamétralement opposé à celui qu'occupe le premier nœud. Ceci fait, il n'y a

plus qu'à sectionner les deux chefs du fil, en leur laissant une

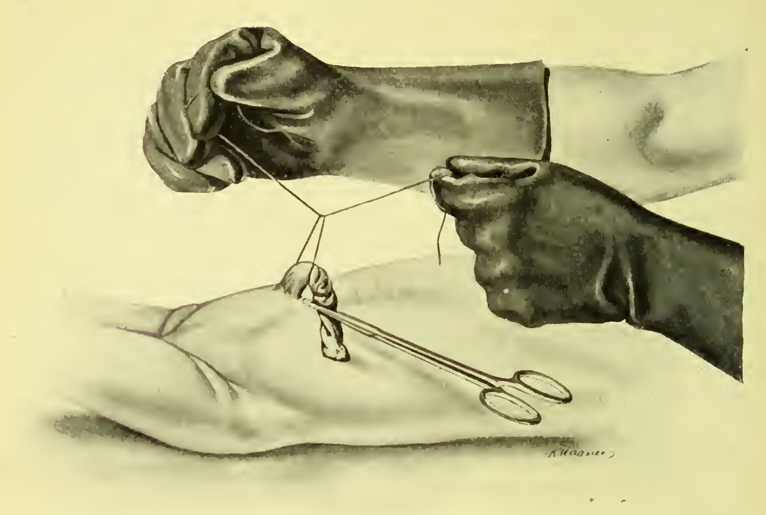


Fig. 21. — *Ligature du cordon :* pose du premier nœud.

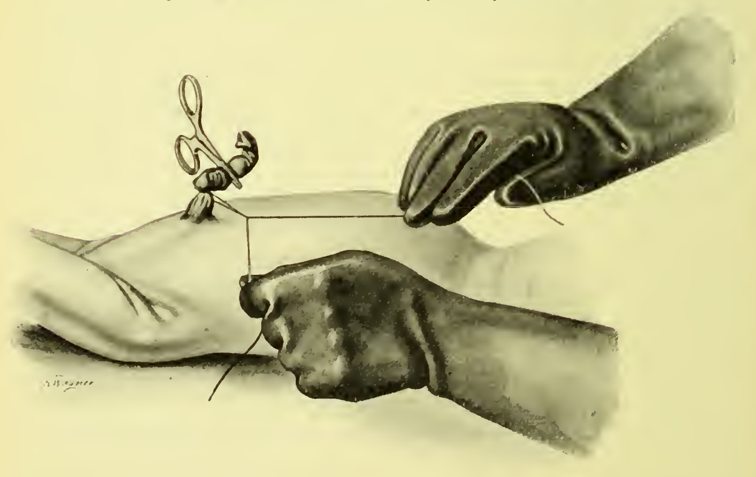


Fig. 22. — *Ligature du cordon* (*suite*) : le premier nœud est achevé, on en fait un second au même endroit.

longueur d'un petit centimètre. Enfin on sectionne carrément, aux ciseaux droits, la tige funiculaire, à un bon demi-centimètre au-dessus

de la ligature. De cette façon, le cordon est lié, très solidement, par une double ligature, mais en un même endroit qui se déprime en sillon par refoulement, d'un côté et de l'autre, de la gélatine de Warton. Cette ligature doit siéger à 2 centimètres environ de l'endroit où la gaine amniotique du cordon fait suite au fourreau cutané qui enveloppe les vaisseaux ombilicaux à son départ de l'ombilic. Ce siège est le meilleur : en posant la ligature plus loin, on laisserait un trop grand moignon funiculaire ; en la mettant plus près, on se supprimerait la possibilité d'en poser une seconde, dans le cas où quelque hémorragie ombilicale viendrait à se produire.

Si cet accident survenait, il faudrait procéder immédiatement à une nouvelle ligature. Si, par un vaisseau quelconque, on ne pouvait y parvenir, on aurait soin de pincer solidement le cordon, tout de suite au delà de sa gaine cutanée, à l'aide d'une bonne pince de Kocher qu'il faudrait laisser en place pendant vingt-quatre heures. Ce délai écoulé, la pince peut être enlevée sans risque d'hémorragie.

3° Pansement du cordon. — Essuyons avec une compresse de gaze aseptique la tranche de section ; assurons-nous bien qu'elle ne saigne pas; pressons-la à une ou deux reprises dans un carré d'ouate hydrophile imbibée d'alcool absolu ; puis, une fois la toilette terminée, et l'enfant pesé, enveloppez-la d'un peu de gaze aseptique : ce très simple pansement sera maintenu en place par une bande de toile ou de flanelle, enserrant doucement l'abdomen.

Ce pansement peut être renouvelé chaque jour ; il est beaucoup plus simple de le laisser en place, en prenant soin, chaque matin, de le bien imbiber d'alcool absolu. De cette manière, la dessiccation se fait très vite et d'une façon aseptique. Tant que le moignon funiculaire ne s'est pas détaché, et ceci demande de cinq à dix jours en moyenne, on s'abstiendra de baigner le nouveau-né. Quand le cordon est tombé, on attouche la plaie ombilicale à la teinture d'iode, une ou deux fois par jour, jusqu'à ce qu'elle soit bien sèche ; s'il se produit quelque bourgeon, un petit granulome, le mieux est de le cautériser au nitrate d'argent.

γ. **On procède enfin à la toilette générale du nouveau-né.** — Il s'agit de débarrasser le corps de l'enfant de l'enduit sébacé qui le recouvre en abondance très variable suivant les cas. Pour enlever cette substance grasse et adhérente, on peut frotter le corps soit avec de la vaseline blanche stérilisée, que l'on enlève ensuite par un bon lavage à l'eau savonneuse, soit avec le mélange suivant :

Eau bouillie..........................	par parties égales.
Glycérine neutre....................	
Alcool à 90°..........................	

Enfin on donne à l'enfant un bain de 37 ou 38°, de deux ou trois minutes. A la sortie du bain, l'enfant est soigneusement essuyé et pesé. Il n'y a plus qu'à saupoudrer la peau, au niveau des plis de flexion principalement, à la poudre de talc, et à habiller l'enfant qui sera déposé, enfin, dans un berceau, avec une ou plusieurs boules d'eau chaude, suivant la température ambiante.

2° **L'enfant naît en état de mort apparente**. — On se souviendra, d'abord, que certains enfants peuvent naître en état d'apnée, sans être pour cela en état de mort apparente : le nouveau-né ne crie pas, mais le cordon bat, les membres ont leur attitude et leur tension musculaire habituelles, souvent même l'enfant les agite. Contre cet état, que l'expression populaire dépeint en disant que *l'enfant naît étonné*, il n'y a rien de particulier à faire : procédons à la toilette des yeux ; si l'enfant tarde à crier, quelques légères excitations cutanées l'y contraindront aisément.

Envisageons maintenant le véritable état de mort apparente. Deux cas cliniques sont à considérer, suivant que le corps du nouveau-né présente une teinte bleu violacé, asphyxique, ou au contraire une décoloration, une pâleur dite syncopale.



Fig. 23. — Préparatifs pour ranimer un nouveau-né.

A. **Il s'agit d'une forme bleue, asphyxique.** — Sectionnons immédiatement le cordon après y avoir jeté une pince (Voy. p. 89) et portons l'enfant dans l'endroit où tout a été préparé pour le ranimer (fig. 23), *ce qu'il ne faut jamais manquer de faire en cas*

d'accouchement opératoire (extraction du siège, forceps, section césarienne). Les objets qui auront ainsi été disposés à l'avance sont : une table, ou tout autre meuble de hauteur convenable, que l'on recouvre d'un oreiller ; deux baignoires contenant l'une de l'eau froide, l'autre de l'eau chaude (38 à 40°), des linges très chauds (draps, alèzes, serviettes-éponges), de l'alcool, un insufflateur (tube de Chaussier ou d'Olivier, de préférence) des compresses de gaze et de la ouate hydrophile.



Fig. 24. — Désobstruction, au doigt, des mucosités encombrant le pharynx.

α. ***Commençons, avant toute autre chose, par désobstruer les voies aériennes***, encombrées des mucosités qui y ont été aspirées au cours de l'accouchement. Pour ce faire, *on débarrasse tout d'abord l'arrière-bouche* des glaires qui l'emplissent : tenant de la main gauche (fig. 24) l'enfant par les pieds, la tête en bas, l'accoucheur introduit dans l'arrière-gorge un de ses doigts (annulaire ou auriculaire) entouré d'un linge fin ou d'ouate hydrophile : ce doigt exécute quelques mouvements de circonvolution, comme s'il voulait nettoyer le fond de quelque étroit récipient. Cette petite manœuvre, qui doit être faite avec douceur, est recommencée deux ou trois fois de suite. Souvent elle suffira pour faire naître les mouvements respiratoires ; si donc l'enfant se met à crier, il n'y a rien de plus à faire. Dans le cas contraire, on doit penser que les mucosités ont pénétré plus avant dans la trachée et le larynx : il importe de les en extraire.

L'ASPIRATION DES MUCOSITÉS TRACHÉO-LARYNGÉES se fait à l'aide du tube laryngé (fig. 25), qui est toujours un *aspirateur* avant que d'être un *insufflateur*. L'enfant, entouré de linges chauds, est couché sur le dos sur l'oreiller que l'on a eu soin de préparer, la tête étant placée en *extension modérée* grâce à un petit coussin cylin-

drique (une serviette roulée fait très bien l'affaire) que l'on glisse sous la nuque. L'index gauche, s'insinuant dans la bouche, passe derrière la base de la langue et va à la recherche des cartilages aryténoïdes, que leur forme et leur disposition réciproque rendent

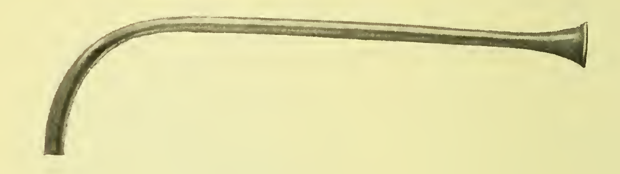


Fig. 25. — Tube laryngé.

facilement reconnaissables. Le tube laryngé, préalablement stérilisé (par flambage ou ébullition), tenu de la main droite (fig. 26), est introduit le long du bord radial de l'index gauche jusque dans la trachée, où on le fait pénétrer en relevant alors son pavillon. On

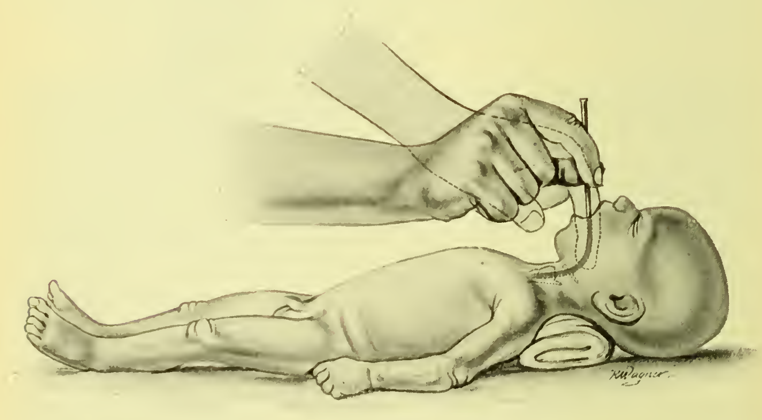


Fig. 26. — Mise en place du tube laryngé.

s'assure qu'il est bien dans les voies aériennes en lui imprimant de petits mouvements de latéralité perçus par la palpation, au niveau du cou, du conduit laryngo-trachéal. L'instrument étant en place, on en garnit l'extrémité externe d'une fine compresse de gaze, et on aspire fortement les mucosités qui viennent ainsi s'accumuler dans le tube. Celui-ci est alors retiré ; en soufflant dedans, on le débarrasse des glaires qui y ont été aspirées, puis on recommence exactement la même manœuvre, jusqu'à ce que l'on ne ramène plus

rien. A ce moment, les voies aériennes sont libres. Très souvent, l'obstacle étant levé, l'enfant se met de lui-même à respirer, et tout est fini ; s'il en est autrement, il faut stimuler le réflexe inspiratoire.

β. ***Pour stimuler le réflexe inspiratoire***, plusieurs moyens sont à notre disposition. Adressons-nous, tout d'abord, aux *excitations cutanées* : faisant couler un mince filet d'alcool sur la poitrine du nouveau-né, on frictionne très légèrement, avec le plat de la main, les parties latérales du thorax et le dos. Ces frictions doivent toujours être faites *avec la plus extrême douceur* et ne jamais porter sur l'abdomen ; de même, *on ne doit jamais flageller l'enfant :* c'est en observant ces règles qu'on évitera de créer de graves traumatismes, rupture du foie et des capsules surrénales, lésions médullaires, qui comptent, à leur passif, nombre de cas de mort de nouveau-nés. Si ces légères frictions ne suffisent pas, immergeons brusquement l'enfant dans le bain froid, puis plongeons-le pendant une demi-minute dans le bain chaud, manœuvre qui pourra être répétée plusieurs fois de suite ; ou encore, l'enfant baignant en partie dans l'eau chaude, faisons couler un peu d'eau froide sur la face antérieure du thorax.

L'*excitation des muqueuses* sera également utilisée avec succès : titillation de la pituitaire avec l'extrémité de l'insufflateur, introduit dans l'une des narines, ou de l'isthme du gosier avec le doigt.

Si, en dépit de tous ces moyens, la respiration ne s'établit pas, si l'enfant ne fait que de lointaines inspirations n'ayant pas tendance à se rapprocher, il faut abandonner, sans attendre, ces moyens indirects et recourir à un procédé autrement efficace, l'*insufflation*.

L'insufflation pourrait, à la rigueur, être faite de bouche à bouche ; ce procédé est très inférieur à celui qui fait usage du tube laryngé et que nous conseillons à titre exclusif. L'enfant ayant été placé comme il a été dit plus haut, et *les voies respiratoires étant totalement désobstruées*, on insuffle lentement et doucement une bouffée d'air au travers du tube ; on voit alors le thorax du nouveau-né se dilater; la main le comprimant légèrement à la fin de cette aspiration provoquée aide à l'expiration. Au bout de huit à dix secondes, la même manœuvre est répétée et ainsi de suite, à raison par conséquent de 6 à 8 mouvements respiratoires par minute. Peu à peu, l'enfant commence à respirer spontanément ; on ne s'arrête que lorsque les mouvements respiratoires sont régulièrement établis. Cette insufflation artificielle durera, suivant les cas, de dix à trente minutes et même plus. Il faut bien savoir qu'il ne faut guère compter sur la survie de tout enfant qui aura dû être insufflé pendant plus de vingt minutes environ.

B. **Il s'agit d'une forme blanche, syncopale.** — C'est habituellement après une intervention pénible, forceps au détroit supérieur, version laborieuse, que cette forme, autrement sérieuse que la précédente, s'observera. Dans ce cas, il n'y a pas de temps à perdre ; ce serait une erreur que d'essayer la douteuse efficacité des petits moyens précités, — bains chauds et froids, excitations cutanées des muqueuses, — et d'emblée *il faut recourir à l'insufflation*, après désobstruction des voies aériennes, cela va sans dire, ce moyen étant seul capable de donner des résultats, et encore bien inconstants !

Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre forme, une indication reste toujours vraie, près de la nécessité primordiale d'éveiller le réflexe respiratoire, *c'est de réchauffer l'enfant* ; on y arrive en le plongeant de temps en temps dans le bain chaud et en l'entourant de serviettes chaudes pendant le temps consacré à l'insufflation.

Surveillance durant les premières heures. — Une fois l'enfant ranimé, tout n'est pas fini ; nombre de ces nouveau-nés succombent au cours des vingt-quatre premières heures. Il faut tenir l'enfant *bien au chaud*, en plaçant trois boules dans son lit, *l'emmailloter très lâchement* pour ne gêner en rien le jeu de la cage thoracique, lui faire respirer de l'oxygène, et, au besoin, recommencer l'insufflation, s'il se produisait quelque période d'apnée.

L'accoucheur fera preuve d'une élémentaire prudence en exprimant les plus grandes réserves sur la survie de tout enfant né en état de mort apparente et difficilement ranimé ; il existe, en effet, souvent, en pareil cas, des lésions des centres nerveux (hémorragie méningée principalement) très habituellement incompatibles avec l'existence. Ce n'est qu'après quarante-huit heures, en moyenne, qu'on se trouvera autorisé à porter un pronostic définitivement favorable.

II. — CONDUITE A TENIR DANS CHAQUE PRÉSENTATION.

Nous ne nous occuperons ici que des présentations *eutociques*, c'est-à-dire de celles qui comportent la possibilité de l'accouchement spontané, à savoir : le sommet, la face et le siège. Nous étudierons, en traitant de la dystocie fœtale, la présentation du front (Voy. p. 266) et celle de l'épaule (Voy. p. 273).

§ 1. — CONDUITE A TENIR DANS LA PRÉSENTATION DU SOMMET.

I. — Il s'agit d'une occipito-iliaque antérieure.

De la conduite à tenir pendant la période de dilatation, nous ne dirons rien, ce point ayant été déjà traité, tout au long, à propos de

l'accouchement en général (Voy. p. 85). La période d'expulsion étant venue, les membranes seront rompues ; il faut faire pousser la femme (Voy. p. 86).

Nous allons avoir à faire passer, en respectant au mieux l'intégrité des parties maternelles, la tête, puis les épaules ; c'est là, à vrai dire, *deux accouchements successifs*. Quant à la sortie du reste du tronc et des membres inférieurs, elle ne compte pratiquement pas.

A. ***Dégagement de la tête.*** — Quand la tête, tournée en occipito-pubienne, a peu à peu distendu le diaphragme pelvien, un moment vient où les contractions utérines vont faire franchir l'anneau vulvaire à la circonférence sous-occipito-bregmatique, puis à la circonférence sous-occipito-frontale. Ce dégagement peut parfaitement s'opérer seul ; à ce moment, cependant, l'accoucheur va cesser

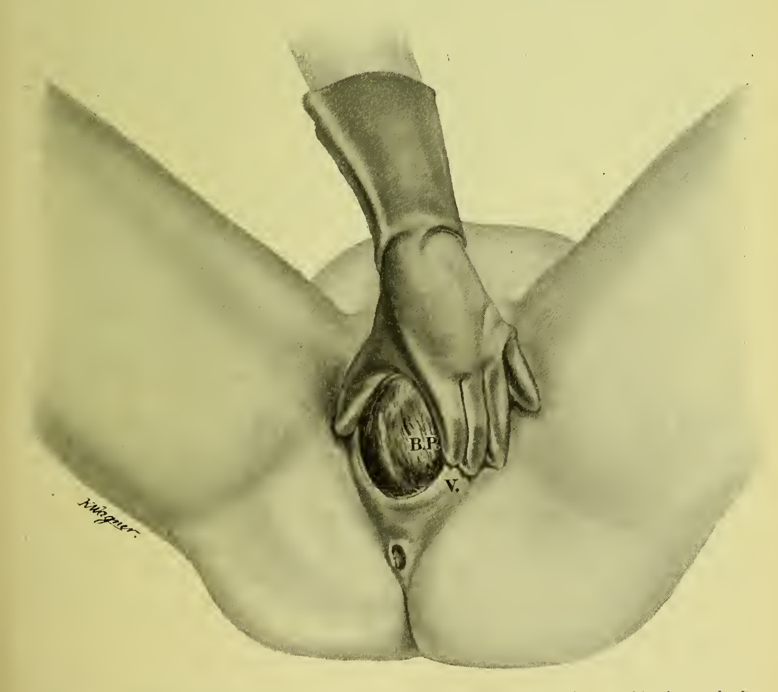


Fig. 27. — *Dégagement de la tête en occipito-pubienne :* la main énuclée, hors de la vulve, les bosses pariétales, B.P., l'une après l'autre.

d'être simple témoin et agir directement. Son action consiste uniquement à **modérer la sortie de la tête** pour empêcher les bosses

frontales d'effondrer le périnée par un passage trop brusque. Voici comment on y arrive :

La femme est posée sur le drap de siège et placée le plus près possible du bord droit du lit. L'accoucheur, passant l'avant-bras par-dessous la cuisse droite de la parturiente, fléchie et portée en dehors, place la main droite sur le périnée. La main gauche, le poignet posé sur le pubis, regarde, par sa paume, l'occiput du fœtus. Quand la circonférence sous-occipito-frontale est prête à franchir la vulve, *on prie la femme de ne plus pousser*, d'ouvrir largement la bouche et de faire effort pour se retenir. Les doigts gauches se plaçant, en véritable cimier de casque, sur l'occiput, essaient de relever la tête, *de la défléchir, très lentement, très progressivement*; le pouce d'un côté, l'annulaire et l'auriculaire de l'autre, repoussent tant à droite qu'à gauche les parties maternelles, *énucléant, en quelque sorte, les bosses pariétales*, l'une après l'autre (fig. 27). Pendant ce temps, la main droite ne reste pas inactive : au lieu de se plaquer contre le périnée, ce qui n'a jamais eu d'autre résultat que de masquer, à la vue, la déchirure qui se produit sous les doigts, elle va, elle aussi, *concourir à la déflexion de la tête*, par une sorte de MANOEUVRE DE RITGEN très modifiée : le bord cubital de la main reposant sur le plan du lit, le pouce prend contact, au travers du périnée antérieur, très aminci, avec le front du fœtus et exerce sur ce front une pression douce et continue dirigée de bas en haut. Si l'on voit le périnée commencer à se déchirer, on suspend cette manœuvre, et la main gauche *appuie* maintenant, sans rien faire de plus, sur la tête, dont elle arrête momentanément la progression. La main droite peut encore agir autrement : elle dispose le pouce et les autres doigts en une sorte de fourche (fig. 28), qui, au travers du périnée, prend contact avec l'ovale de la face fœtale et la repousse peu à peu vers l'orifice vulvaire. Si la vulve est un peu étroite, ou la tête un peu volumineuse, on peut être obligé de faire appel aux contractions abdominales : *on prie donc, à nouveau, la femme de pousser*, mais faiblement, *et seulement dans l'intervalle des contractions* ; pendant les contractions, l'effort volontaire est suspendu, et la main gauche retient, à l'aide de ses doigts accolés et recourbés légèrement en crochet, la progression de la tête.

Enfin un moment arrive où les bosses frontales sont à l'extérieur. La face sort très aisément, tandis que le périnée se rabat à *la façon d'une capotte de cabriolet*, dit Farabeuf. Si le menton accroche, rien n'est plus aisé que de le dégager d'un coup de doigt.

Dès que la tête est à l'extérieur, on s'assure qu'il n'existe point de circulaire du cordon autour du cou ; s'il en était ainsi, on le dégage-

rait en faisant passer la tige funiculaire au-dessus la tête; si les circulaires étaient trop serrés, il n'y aurait qu'à couper immédiatement le cordon entre deux pinces de Kocher.

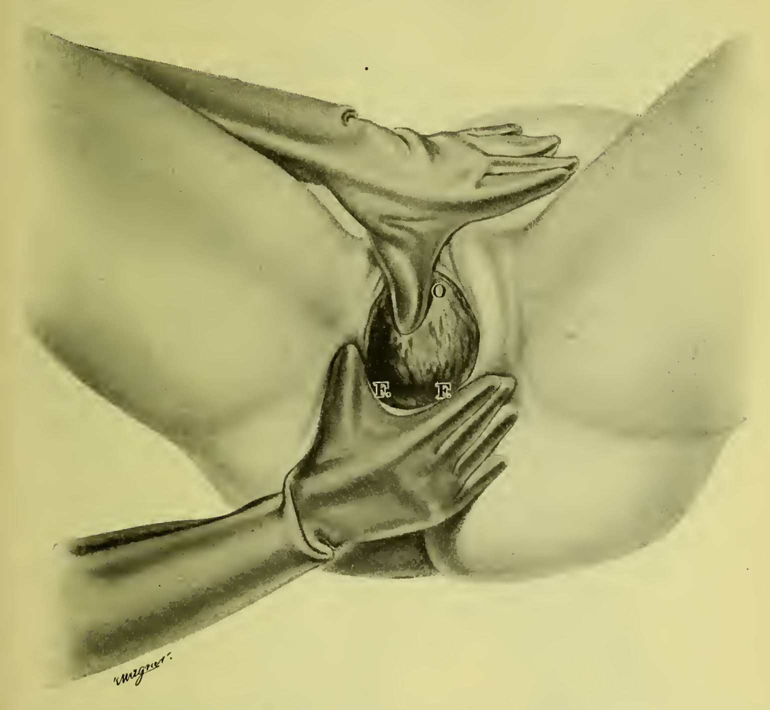


Fig. 28. — *Dégagement de la tête en occipito-pubienne* : tandis que la main gauche modère la progression de l'occiput, O, la main droite aide le cheminement des deux bosses rontales, FF.

B. ***Dégagement des épaules.*** — Ce temps est important : deux fautes doivent, en effet, être évitées : l'agrandissement d'une lésion périnéale jusqu'ici insignifiante et la production, chez le nouveau-né, d'une paralysie radiculaire du plexus brachial.

1. **On attend que la tête fasse sa rotation externe.** — Ceci nécessite une à deux contractions utérines; on voit alors l'occiput tourner, regarder en haut et latéralement, puis directement latéralement. CE N'EST QU'À CE MOMENT, C'EST-À-DIRE UNE A DEUX MINUTES APRÈS LA SORTIE DE LA TÊTE, QU'IL FAUT PROCÉDER AU DÉGAGEMENT DES ÉPAULES. Il est bien entendu que, si cette rotation externe de la tête tardait trop à se faire, il faudrait ramener artificiellement l'occiput, en saisissant la

tête entre les deux mains, dont l'une se place sous la nuque et l'autre, sous le menton, à l'extrémité du diamètre transverse



Fig. 29. — La tête, sortie en OP, s'est mise spontanément en OIGA : *les mains la placent directement en transverse*, avant de tenter le dégagement des épaules.

fig. 29) correspondant à la position, soit à gauche si le fœtus se présentait en OIGA, soit à droite, s'il se présentait en OIDP.

II. **On procède ensuite au dégagement de l'épaule antérieure.** — Saisissant alors la tête entre les deux mains, de façon que l'une d'elles empaume l'occiput et l'autre le maxillaire inférieur, on la tire le plus en bas et le plus en arrière possible, comme si l'on voulait appliquer l'oreille postérieure du fœtus contre la région anale; on engage en même temps la femme à pousser. Cette manœuvre a

pour résultat de faire saillir hors de la vulve le moignon de l'épaule antérieure. On peut alors agir de deux façons : ou bien laisser le bras antérieur ainsi engagé à demi sous la symphyse (fig. 30) et procéder au dégagement de l'épaule postérieure ; c'est là la conduite classique, excellente lorsque l'enfant n'excède pas les dimen-



Fig. 30. — *Accouchement des épaules :* dégagement de l'épaule antérieure, E.A.

sions moyennes ; ou bien au contraire, et ceci est très indiqué pour peu que le fœtus paraisse volumineux, on extrait complètement le bras antérieur, avant d'essayer de dégager l'épaule postérieure. Ceci se fait aisément par la MANŒUVRE DE COUDER (fig. 31) : la main gauche si l'occiput est à gauche, la main droite si l'occiput est à droite, introduit, sous le pubis, deux à trois doigts qu'elle appuie sur le face antérieure de l'humérus fœtal, de façon à reporter le bras en arrière, par un mouvement très doux ; en fuyant en arrière, le bras s'abaisse nécessairement et le coude ne tarde pas à apparaître à la vulve ; on le saisit entre le pouce et l'index,

pour dégager l'avant-bras, qui se pose sur le pubis. Le diamètre bisacromial se trouve, de ce fait, sensiblement réduit.



Fig. 31. — *Accouchement des épaules :* dégagement de l'épaule antérieure, B.A., par la manœuvre de Couder.

Quand le fœtus est volumineux, ou quand les parties maternelles sont particulièrement étroites, on peut se trouver très gêné pour effectuer ce dégagement de l'épaule antérieure : il faut alors, sans hésiter ni perdre de temps, placer la femme en *position obstétricale*, c'est-à-dire en travers du lit, les fesses débordant légèrement en dehors du matelas : on arrive ainsi à bien abaisser la tête, ce qui force l'épaule antérieure à glisser derrière le pubis. C'est le meilleur moyen d'éviter une paralysie radiculaire.

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'apporter le plus grand soin au dégagement des épaules : bien souvent, lors de la sortie de la tête, le périnée n'a été que très légèrement entamé : il pourra être complètement déchiré par le trop brusque passage du diamètre bisacromial.

III. **On dégage, en dernier lieu, l'épaule postérieure.** — Les mains saisissent à nouveau la tête et la *relèvent* maintenant au maximum, en la tirant, de bas en haut, au-devant de la symphyse pubienne. L'épaule postérieure sort, ainsi, au niveau de la four-

chette (fig. 32). Les épaules étant dégagées, le reste du corps vient naturellement, sans qu'on ait besoin de tirer; on a soin simplement de maintenir le fœtus *couché sur le côté*, de façon à faire passer



Fig. 32. — *Accouchement des épaules* : dégagement de l'épaule postérieure, E.P.

son diamètre bitrochantérien, suivant le diamètre antéro-postérieur de la vulve.

Si la femme pousse violemment, il faut même *modérer la sortie* du fœtus, pour prévenir la trop brusque déplétion de l'utérus. Le fœtus, enfin extrait, est couché sur le dos, entre les jambes de la mère. C'est de lui que l'on va s'occuper (Voy. p. 88) pendant les vingt minutes à une demi-heure qui séparent l'accouchement du moment de la délivrance (Voy. p. 347).

II. — Il s'agit d'une occipito-iliaque postérieure.

La conduite à tenir ne diffère de ce qui vient d'être dit que dans le cas où la rotation ne se fait pas, ou se fait en arrière.

A. *La rotation ne se fait pas.* — La femme étant en période d'expulsion, on tente de ramener l'occiput en avant par la MANŒUVRE DE TARNIER : plaçons dans le sillon rétro-auriculaire antérieur de la tête fœtale l'index gauche quand l'occiput est à droite, l'accoucheur se mettant à gauche de la parturiente, — l'index droit, en se plaçant à droite, en cas d'occipito-gauche. Lorsqu'une contraction survient, ce doigt prend appui sur la partie postérieure de l'oreille et l'attire en avant; il la maintiendra en la nouvelle position qu'il lui aura ainsi fait prendre jusqu'à la contraction suivante, où il recommencera le même mouvement. En deux ou trois étapes, l'occiput est ramené dans la partie antérieure du bassin. Si cette manœuvre échoue, on a recours au forceps (Voy. p. 120).

B. *La rotation s'est faite en occipito-sacrée.* — Dans la grande majorité des cas, l'accouchement va se faire spontanément. La constatation d'une occipito-sacrée ne constitue donc pas, *ipso facto*, une indication à l'application immédiate du forceps. Attendons donc patiemment; faisons pousser la femme, pendant une heure, deux heures s'il le faut, en un mot tant qu'elle ne s'épuise pas et que le fœtus ne souffre pas. Veillons simplement à ce que la tête, en franchissant l'anneau vulvaire, ne fasse pas éclater le périnée, plus menacé ici qu'en cas d'occipito-pubienne. C'est au *dégagement de l'occiput* qu'il faut alors plus particulièrement veiller : le front a glissé derrière le pubis et fait saillie hors la vulve; la tête va se fléchir autour de la racine du nez appliquée au sous-pubis; les mains, placées comme il a été dit plus haut, vont repousser au travers du périnée l'occiput, de bas en haut, pour le dégager, au niveau de la fourchette. Ensuite, entraînée par son propre poids, la tête tombe en arrière, ce qui détermine, sans qu'il y ait à agir, la sortie de la face.

Si le dégagement tardait trop à se faire, il faudrait recourir au forceps (Voy. p. 130).

§ 2. — CONDUITE A TENIR DANS LA PRÉSENTATION DE LA FACE.

Dans la majorité des cas, l'accouchement par la face se termine spontanément ; c'est dire que notre conduite *ne doit pas différer de ce qu'elle est en cas de présentation du sommet*; elle peut se résumer en peu de mots : s'abstenir de toute intervention, quelle

qu'elle soit, jusqu'au temps de l'expulsion, et, au dernier moment, veiller à ce que, en franchissant la vulve, la tête ne déchire pas le périnée. Ceci dit, entrons dans quelques détails.

I. **Conduite à tenir pendant la période de dilatation.** — Le diagnostic d'une présentation de la face étant établi, il n'y a qu'à laisser le travail suivre son cours normal. Les manœuvres destinées à transformer la face en sommet sont difficiles et habituellement infructueuses ; nous les tenons pour parfaitement inutiles, voire même dangereuses. Abstenons-nous le plus possible du toucher; maintenons la femme au lit pour réduire au minimum les risques de rupture prématurée de la poche des eaux, dont il est ici encore plus important qu'en cas de présentation du sommet de conserver l'intégrité. Si le travail traînait en longueur, nous aurions recours, pour en accélérer la marche, aux moyens qui seront exposés plus loin (Voy. p. 115). Après un temps sensiblement égal à celui que nécessite cette période dans la présentation du sommet, la dilatation est complète.

II. **Conduite à tenir pendant la période d'expulsion.** — La dilatation étant complète, *on fait pousser la femme*, au moment des contractions, exactement comme dans la présentation du sommet (Voy. p. 97). Deux cas sont d'ailleurs à considérer suivant qu'il s'agit d'une mento-antérieure ou d'une mento-postérieure.

A. La face se présente en mento-iliaque antérieure. — Sous les efforts d'expulsion de la parturiente, la face accomplit aisément sa rotation et passe de la position oblique qu'elle occupait primitivement en position directe, mento-pubienne.

Puis la tête va forcer, peu à peu, le détroit inférieur musculaire. A ce moment, l'accouchement nécessite des efforts plus accentués qu'en cas de présentation du sommet, car la tête doit se dégager suivant ses diamètres sous-mentonniers, moins favorables que les diamètres sous-occipitaux. Aussi tâchons d'aider, le plus possible, l'utérus, en pratiquant l'*expression abdominale* (Voy. p. 119). Finalement, le menton vient se dégager, sous le pubis, hors de la vulve; le sous-menton se cale sous la symphyse; la tête va tourner autour de cette charnière, de *façon à sortir en se fléchissant.* Il faut bien veiller à ce qu'il en soit ainsi et, au besoin, attirer, avec l'index prenant point d'appui sur la voûte palatine (fig. 33), la bouche du fœtus à l'extérieur, de façon à empêcher ce mouvement de flexion de se faire autour du menton, le diamètre mentonnier étant sensiblement plus long que le sous-mentonnier.

Pour aider au passage des bosses frontales, on pratique (Voy. fig. 34), en mettant au besoin la femme en position obstétricale, la

manœuvre de Ritgen modifiée (Voy. p. 98), exactement comme dans la présentation du sommet. D'ailleurs, quoi qu'on fasse, on observera fréquemment une déchirure du périnée.



Fig. 33. — *Dégagement par la face :* l'index, appuyant sur la voûte palatine, force la tête à ne se fléchir qu'autour du sous-menton.

Remarquons, à ce propos, que la tête finit de se dégager en corrigeant l'attitude qu'elle avait dû prendre pour s'engager : dans le sommet, la tête s'engage fléchie, elle se défléchira pour sortir de la vulve; dans la face, elle s'engage défléchie, elle se fléchira donc à sa sortie du bassin mou. Mais c'est là un mouvement *terminal*, qui ne doit jamais se faire que très tardivement.

Il importe de retarder jusqu'au dernier moment ce mouvement terminal ; ceci se fait en appuyant de haut en bas, sur le menton, dans la face, sur l'occiput, s'il s'agit d'un sommet.

Si ce dégagement ne se fait pas spontanément, il faut, sans trop attendre, terminer par une *application de forceps* (Voy. p. 143) ; dans

la face, en effet, le fœtus, du fait de la position de la tête, est plu exposé à souffrir que dans le sommet.

B. La face se présente en mento-iliaque postérieure. — Il est un principe absolu : **le dégagement en mento-postérieure est une impossibilité**; tandis que le sommet a la possibilité



Fig. 34. — *Dégagement par la face :* manœuvre de Ritgen modifiée.

de tourner en avant ou en arrière, la face doit, de toute nécessité, tourner en avant. Si cette rotation en mento-pubienne s'opère, — et habituellement elle se fait spontanément, — tout va bien, et nous rentrons dans le cas étudié ci-dessus. Mais, si la tête reste en mento-iliaque postérieure, malgré les contractions utérines répétées, si surtout elle tournait en mento-sacrée, *il faudrait toujours terminer artificiellement l'accouchement*, comme il sera dit plus loin (Voy. p. 143).

§ 3. — CONDUITE A TENIR DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

Quand, au cours du huitième mois, on constate chez une femme enceinte une présentation du siège, il faut s'efforcer de la convertir

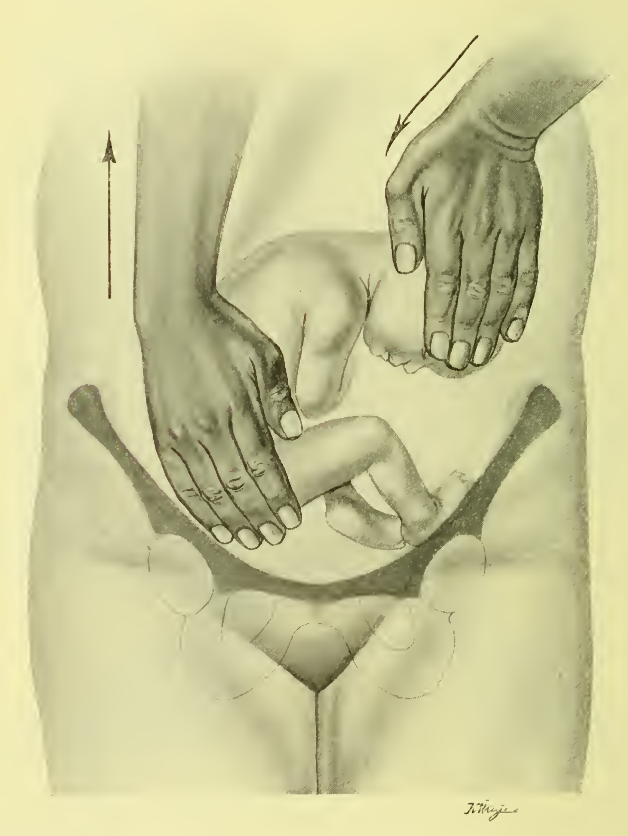


Fig. 35. — *Version céphalique, par manœuvres externes*, pour corriger une présentation du siège.

en présentation du sommet (fig. 35), par *la version par manœuvres externes* (Voy. p. 273). Si cette version échoue, à deux ou trois reprises, il n'y a qu'à laisser l'enfant en siège et à attendre l'accouchement. Celui-ci va, en effet, se faire spontanément dans la majorité des cas.

I. — Accouchement du siège complet.

A. **Pendant la période de dilatation.** — Il n'y a rien à faire qu'à ausculter le fœtus et à s'abstenir le plus possible du toucher.

B. **Pendant la période d'expulsion.** — La règle de conduite est formelle : **il faut abandonner l'accouchement aux seules forces de la nature, s'abstenir de toute traction et n'intervenir que pour aider la sortie de la tête dernière.** Toute infraction à cette règle pourrait avoir pour conséquence de troubler le mécanisme normal de l'expulsion du siège, de créer, en particulier, le relèvement des bras, complication qui coûtera souvent la vie à l'enfant.

α. *Sortie du tronc.* — Elle est donc simplement surveillée.

Tant que le siège n'est pas a la vulve, la femme est laissée couchée en long dans son lit; on l'engage à pousser lors des contractions, et, à ce moment, on aide les efforts naturels par l'*expression abdominale* (Voy. p. 119). L'auscultation fréquente permet de reconnaître si le fœtus souffre, l'expulsion du méconium n'ayant, ici, aucune valeur sémiologique. Cette expectation ne prendrait fin qu'avec une indication précise : souffrance du fœtus, épuisement de la mère, inertie utérine; en pareil cas, on agirait comme il sera dit à propos de l'accouchement pathologique (Voy. p. 147).

Quand le siège arrive a la vulve, la femme est mise *en position obstétricale*; l'accoucheur s'assoit en face d'elle, les mains aseptisées, mais se bornant toujours à surveiller le dégagement sans rien faire pour l'accélérer. Le siège sort ; une main placée au niveau de la fourchette vulvaire le soutient, sans l'attirer au dehors ; le tronc et les bras accolés au thorax sortent ensuite; on se borne à faire une anse au cordon quand l'ombilic apparaît à la vulve.

β. *Tête dernière.* — Restée seule dans les voies génitales, la tête occupe maintenant l'excavation : elle pourrait se dégager spontanément, mais le temps presse, le fœtus risque de faire des mouvements d'inspiration ; l'expectation prend alors fin, et l'accoucheur procède à l'extraction de cette tête dernière par la manœuvre de Mauriceau.

Technique de la manœuvre de Mauriceau. — Il s'agit : 1° de fléchir la tête ; 2° de l'orienter, occiput en avant et face en arrière ; 3° de la dégager au travers du détroit inférieur et de la vulve.

1° Flexion de la tête. — L'accoucheur est debout; la main, qui regarde par sa paume la face ventrale du fœtus (main droite dans les positions droites, main gauche dans les positions gauches), pénètre dans les voies génitales à la recherche de la bouche de

l'enfant; elle y introduit l'index et le médius (fig. 36), profondément, de façon à bien prendre appui sur le coussinet de la langue et non pas sur le fragile maxillaire inférieur : le corps du fœtus est placé à cheval sur l'avant-bras correspondant. L'autre main,

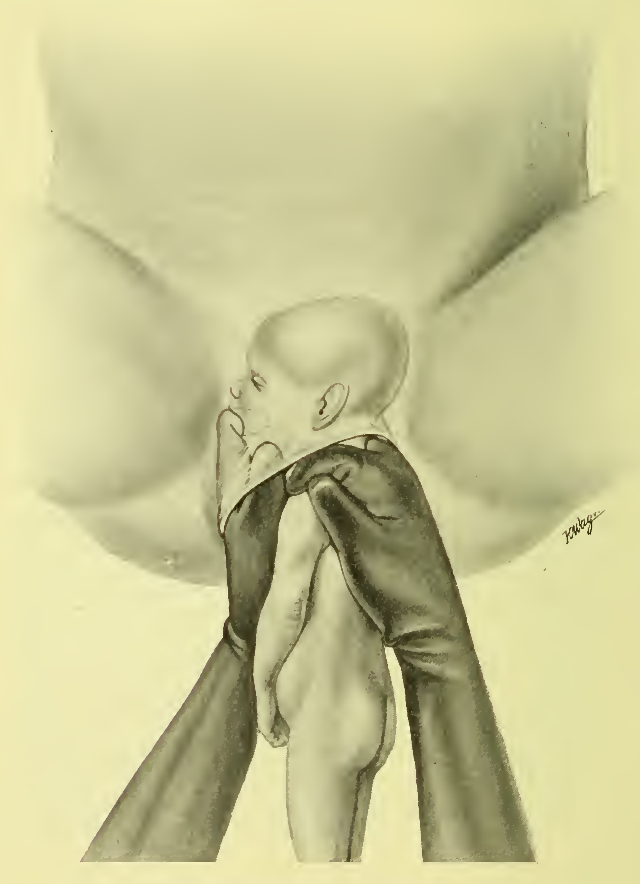


Fig. 36. — *Manœuvre de Mauriceau :* position initiale des mains.

dont la paume répond au plan dorsal du fœtus, jette son index et son médius sur les épaules de l'enfant, sans les recourber en crochet pour ne pas briser les clavicules. Les doigts introduits dans la bouche exercent des tractions de haut en bas, dont le résultat est de fléchir la tête.

2° Rotation de la tête en occipito-pubienne. — Les deux mains agissant de concert, mais en sens inverse l'une de l'autre, font accomplir à la tête sa rotation intrapelvienne, de façon à amener la face en regard du sacrum, et l'occiput en avant, bien sur la ligne médiane, derrière la symphyse pubienne.

3° Dégagement de la tête. — Il se fait, en réalité, en deux temps :

a. On abaisse, par des *tractions combinées* des deux mains (Voy. fig. 37), la main qui est en contact avec la bouche agissant toujours

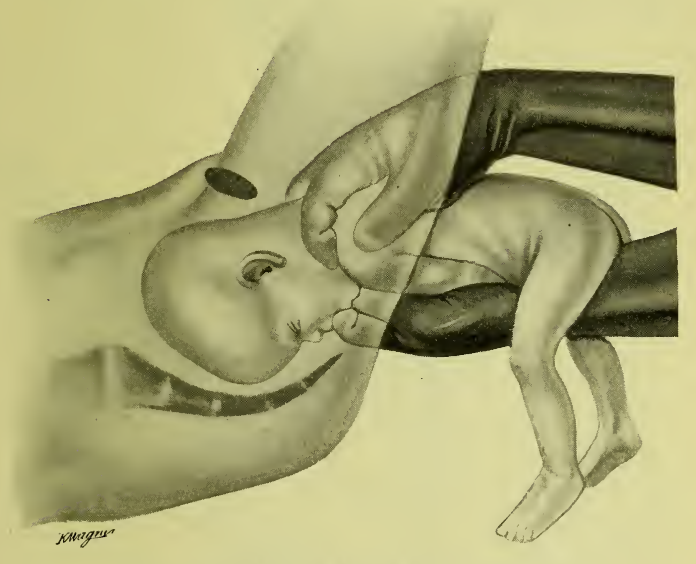


Fig. 37. — *Manœuvre de Mauriceau :* le dégagement.

plus puissamment que celle qui appuie sur les épaules, la tête tirée à fond jusque sur le plancher périnéal, *de façon que le sous-occiput, la nuque, corresponde au sous-pubis.*

b. On relève alors, mais alors seulement, le corps fœtal comme si on voulait coucher l'enfant sur le ventre de sa mère, les doigts attirant la bouche d'abord en bas et en avant, puis directement en avant, puis de bas en haut.

On peut procéder, a ce temps ultime, d'une autre façon, qui a le grand avantage de protéger le périnée (fig. 38) trop facilement lésé au cours de cette manœuvre : l'accoucheur confie aux mains d'un aide les pieds du fœtus, en le priant de les tenir verticalement en haut, au-dessus du pubis ; puis il introduit le pouce gauche, la

pulpe tournée en haut, dans la bouche de l'enfant ; la main droite, ainsi libérée, vient prendre contact avec le périnée et, par de douces pressions d'arrière en avant, aide au dégagement des bosses frontales ;



Fig. 38. — Bonne manière de dégager la tête au travers de l'anneau vulvaire, à la fin de la manœuvre de Mauriceau.

ce n'est pas autre chose que l'application à la tête dernière de la *manœuvre de Ritgen modifiée*, décrite à propos du dégagement de la tête première (Voy. p. 98).

II. — Accouchement du siège décomplété, mode des fesses.

A. *Pendant la période de dilatation.* — Il n'y a, là encore, rien à faire, qu'à ausculter le fœtus et s'abstenir de tout toucher inutile.

D. *Pendant la période d'expulsion.* — De deux choses l'une : ou l'on prévoit un accouchement facile, ou l'on craint quelque difficulté.

α. **On prévoit un accouchement facile.** — Il s'agit d'une multipare, ou bien l'enfant n'est pas très volumineux : **il faut abandonner l'accouchement aux seules forces de la nature, s'abstenir de toute traction et n'intervenir que pour aider la sortie de la tête dernière.** La conduite ne diffère donc en rien de ce qu'elle est dans l'accouchement du siège complet : abstention absolue, sauf indication spéciale (Voy. p. 115) pendant la sortie du tronc ; manœuvre de Mauriceau lors de l'accouchement de la tête dernière.

β. **On craint quelque difficulté.** — Il s'agit, par exemple, d'une primipare à tissus résistants, ou d'un enfant volumineux. *Il y a, dans ce cas, avantage à ne pas laisser le siège s'engager, en mode des fesses, dans l'excavation*, car, si l'on se trouve, ensuite, dans la nécessité d'intervenir, on pourra se heurter à de sérieuses difficultés (Voy. p. 163). Transformons donc, partiellement du moins, le siège mode des fesses en siège complet : la femme étant à la dilatation complète est mise en position obstétricale ; on rompt les membranes, et la main droite, la paume regardant le plan ventral du fœtus, va *à la recherche du pied antérieur* (pied gauche dans les positions gauches, pied droit dans les positions droites) et l'abaisse à la vulve. Cet ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE DU PIED sera fait d'après la technique exposée à propos de l'abaissement du pied dans l'accouchement dystocique (Voy. p. 161).

Ceci fait, le reste de l'accouchement est, de nouveau, confié aux seuls efforts de la nature.

CHAPITRE II

CONDUITE A TENIR DANS L'ACCOUCHEMENT PATHOLOGIQUE PAR DYSTOCIE MATERNELLE

Dystocie tenant aux parties molles :

Il y a insuffisance des forces expulsives : premier cas, traitement de l'inertie utérine au cours de la période de dilatation ; deuxième cas, traitement de l'inertie utérine au cours de la période d'expulsion.

Il y a obstacle à la sortie du fœtus : étroitesse et résistance vulvo-périnéale ; étroitesse ou rétrécissement du vagin ; obstacle tenant au col ; obstacle tenant à l'utérus.

Dystocie osseuse :

Les rétrécissements du bassin. — Le bassin est rétréci au détroit supérieur : on voit la femme au cours de la grossesse ; la femme est en travail (le fœtus est vivant ; le fœtus est mort ou agonisant).

Le bassin est rétréci au détroit inférieur : on voit la femme pendant la grossesse ; la femme est en travail.

Le bassin est asymétrique.

Dystocie par tumeur pelvienne : traitement des fibromes utérins pendant la puerpéralité ; traitement du cancer du col ; traitement des kystes du col ; traitement des tumeurs abdomino-pelviennes.

Les difficultés de l'accouchement peuvent provenir des parties maternelles, du fœtus ou de ses annexes.

L'accouchement peut être dystocique du fait des parties molles, du fait du bassin osseux rétréci, du fait d'une tumeur de l'excavation pelvienne.

DYSTOCIE TENANT AUX PARTIES MOLLES

On peut avoir à intervenir, au cours de l'accouchement, dans deux conditions bien différentes : 1° il n'y a pas d'obstacle mécanique à la sortie du fœtus, mais simplement insuffisance des forces expulsives : c'est l'inertie utérine ; 2° il y a un obstacle, d'une nature quelconque, et sur un point quelconque, qui s'oppose à la progression de la présentation. Disons d'ailleurs que, bien souvent, ces deux causes se trouveront associées.

§ 1. — IL Y A INSUFFISANCE DES FORCES EXPULSIVES.

La conduite à suivre sera essentiellement différente suivant que cette insuffisance des forces expulsives, cet état d'inertie, se manifeste au cours de la période de dilatation ou lors de la période d'expulsion.

PREMIER CAS : TRAITEMENT DE L'INERTIE UTÉRINE AU COURS DE LA PÉRIODE DE DILATATION.

L'accoucheur devra, tout d'abord, se rendre compte de la cause de l'inertie pour y pallier dans la mesure du possible : c'est ainsi qu'une inertie relative due à une inclinaison vicieuse de l'utérus (par anté au latéroversion) serait traitée par la correction de cette inclinaison : l'utérus, redressé à pleine main, est maintenu par une *large ceinture abdominale bien serrée* et, au besoin, par un tampon allongé placé du côté où la matrice s'incline.

D'autre part, il faudra veiller soigneusement à la vacuité du rectum et de la vessie.

I. **Les médicaments eutociques.** — L'ERGOT DE SEIGLE ÉTANT RIGOUREUSEMENT PROSCRIT tant que l'utérus n'est pas complètement vide, on pourra recourir à la quinine ou au sucre.

α. La QUININE sera administrée comme il suit :

Sulfate de quinine.................... 50 centigrammes.
(Pour un paquet, n° 2.)

A prendre à dix minutes d'intervalle.

β. Le SUCRE sera donné sous forme de sirop simple, par cuillerées à bouche, de demi-heure en demi-heure.

II. **Les bains et les lavages chauds.** — Ce sont là des moyens plus efficaces que les médicaments.

α. Les BAINS CHAUDS, à 38° au moins, auront une durée d'une heure environ ; on pourra les renouveler deux à trois fois dans les vingt-quatre heures;

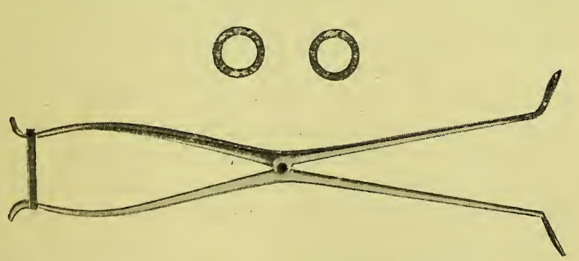


Fig. 39. — *Écarteur Tarnier :* au-dessus, anneaux plats de caoutchouc

β. Les INJECTIONS VAGINALES, à 48°, longues de 4 à 6 litres, faites à l'eau bouillie, peuvent être répétées toutes les quatre heures ;

γ. Les LAVEMENTS CHAUDS, avec 1 litre d'eau bouillie, renforcent utilement l'action des injections.

III. **Les excitants mécaniques de l'utérus.** — Ces moyens, que l'on réservera aux cas où l'inertie est très prononcée, aux cas surtout où il importe de hâter la marche du travail parce qu'il y a souffrance de la mère ou du fœtus, ou encore lorsque l'œuf est ouvert, sont infiniment plus actifs que ceux dont nous venons de parler.

Quand la présentation n'est pas engagée, le mieux est de poser dans le segment inférieur un *ballon de Champetier* (Voy. p. 50 et fig. 10).

Quand la présentation distend déjà bien régulièrement le segment inférieur, le ballon aurait surtout l'inconvénient de la déplacer; mieux vaut alors recourir à l'*écarteur Tarnier* (fig. 39 et 40).

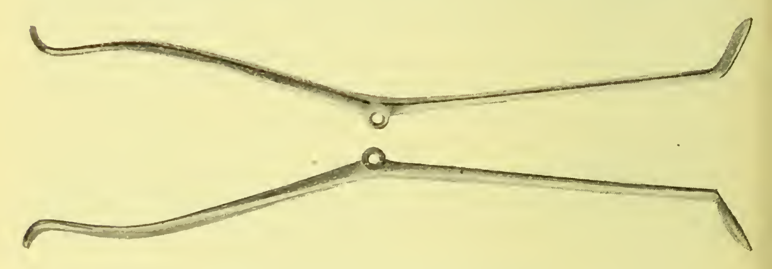


Fig. 40. — *Écarteur Tarnier* désarticulé.

Technique de l'application de l'écarteur Tarnier. — La femme est mise en position obstétricale, la vulve lavée soigneusement à l'eau chaude et au savon, le vagin largement irrigué. L'index droit, par un toucher attentif, s'assure tout d'abord de la position exacte du col; il s'introduit dans le canal cervical, qu'il ramène, s'il en est besoin, au centre de l'excavation et, par des mouvements de vrille, en agrandit l'ouverture; enfin il insinue sa phalange terminale dans le segment inférieur *pour en décoller*, par un mouvement de circumduction, le *pôle inférieur de l'œuf*; ce décollement des membranes, qu'il est bon de pousser aussi loin que possible, est le meilleur garant contre le risque de leur déchirure lors de l'application de l'écarteur.

L'application proprement dite de l'instrument comprend les temps suivants :

1° **Introduction des deux premières branches.** — *a.* LA MAIN DROITE SAISIT l'une des branches au niveau de son manche; elle l'in-

troduit dans le vagin, en en faisant glisser l'extrémité qui porte l'ailette sur l'index et le médius gauches, placés en doigts-guides, la face palmaire en haut, l'extrémité insinuée dans l'orifice utérin. Cette branche est conduite dans le col, *jusqu'à ce que l'ailette dépasse l'orifice interne* ; les doigts-guides appuyant alors sur cette branche

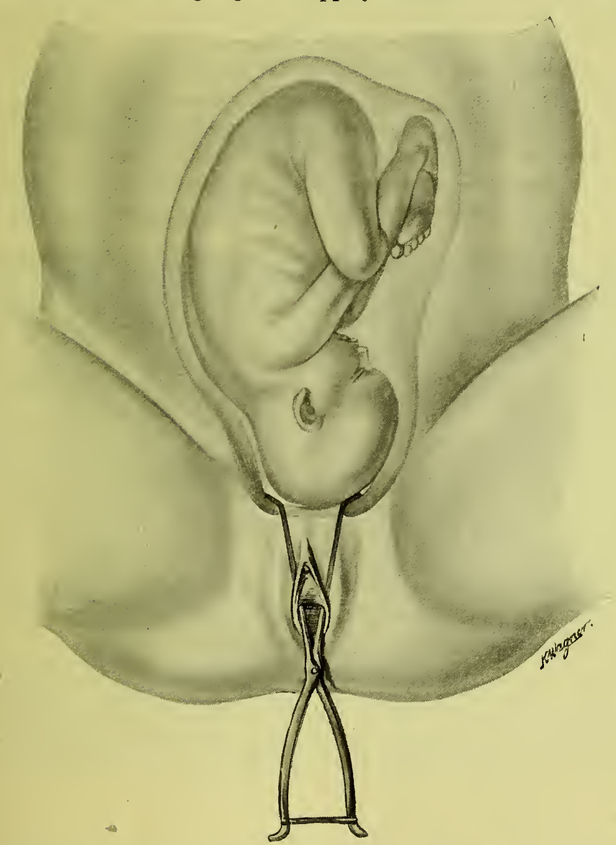


Fig. 41. — *Écarteur Tarnier,* mis en place.

la mettent en contact avec l'extrémité gauche du diamètre transverse du col, *l'ailette reposant sur la face interne du segment inférieur.* L'extrémité extérieure de cette branche est alors confiée à un aide, qui la maintient strictement immobile.

β. La seconde branche, qui va être appliquée à droite, en un point diamétralement opposé à la précédente, est saisie de la

main gauche et guidée sur l'index et le médius droits. On l'applique exactement de la même façon que la première branche.

2° **Articulation des deux premières branches.** — Saisissant de chaque main les deux manches, on rapproche doucement, de façon à les faire se rencontrer sur la ligne médiane, les deux branches, et on les articule simplement en faisant pénétrer le pivot de la branche gauche dans la mortaise de la branche droite.

3° **Mise en place de la troisième branche.** — Les deux premières étant articulées, — *et beaucoup d'accoucheurs s'en tiennent là*, — on procède à la mise en place de la troisième branche, branche antérieure, tenue de la main droite, guidée sur les doigts gauches, et placée par-dessus les deux premières, de façon à faire répondre son ailette à l'extrémité antérieure du diamètre antéro-postérieur de l'orifice utérin.

Cette troisième branche est très aisément articulée avec les deux premières, grâce à l'introduction de la goupille qu'elle porte dans l'orifice ménagé au centre des pièces d'articulation des deux autres branches.

4° **Mise en place de l'anneau de caoutchouc.** — La main gauche saisit alors les trois manches *et les rapproche doucement, juste assez pour bien appliquer les ailettes sur la cupule du segment inférieur* (fig. 41). Ceci fait, cet instrument, *qui n'est nullement un divulseur*, mais un simple excitateur, agissant, par conséquent, d'une façon lente, est muni du dispositif qui va précisément lui permettre de stimuler par voie réflexe la contractilité utérine. Ce dispositif consiste en un simple anneau de caoutchouc que l'on place au niveau de la gorge mousse que ces manches présentent immédiatement au-dessus de leurs crochets terminaux.

La femme est alors replacée dans son lit ; quelques couches d'ouate soutiennent les manches de l'écarteur, en les empêchant de prendre contact avec le plan du lit; on les recouvre, enfin, d'une compresse de gaze stérilisée.

5° **Surveillance de l'écarteur.** — L'instrument est laissé en place durant un temps variable, oscillant *entre deux et quatre heures* suivant la fréquence et l'intensité des contractions. Ce laps de temps écoulé, *on retire l'instrument* : 1° on enlève l'anneau de caoutchouc; 2° on désarticule les branches; 3° on retire successivement, d'abord la branche antérieure, puis la droite, puis la gauche; on administre ensuite une injection vaginale de 2 litres à 48°.

Au bout de quatre heures, si le travail n'a que peu progressé, on peut recourir à une *nouvelle application de l'excitateur*, ainsi de suite jusqu'à ce que la dilatation atteigne 7 à 8 centimètres environ. Alors ou

bien on laisse la dilatation se compléter d'elle-même, si les douleurs sont régulières, ou on la complète manuellement (Voy. p. 53).

L'examen de la position réciproque des branches de l'écarteur indique, durant l'application de l'appareil, le progrès de la dilatation : ces manches se rapprochent, en effet, d'autant plus que la dilatation est elle-même plus prononcée; à la dilatation complète, ils arrivent au contact les uns des autres.

SECOND CAS : TRAITEMENT DE L'INERTIE UTÉRINE AU COURS DE LA PÉRIODE D'EXPULSION.

Quand les contractions utérines, renforcées par les contractions abdominales, restent impuissantes à déterminer l'expulsion spontanée de la présentation, l'accoucheur peut d'abord, et qu'il s'agisse de n'importe laquelle des présentations longitudinales (sommet, face ou siège), avoir recours à l'*expression abdominale*.



Fig. 42. — *Expression abdominale* : bonne position de l'opérateur.

Technique de l'expression abdominale.

La personne qui s'en charge *s'agenouille sur le lit*, à droite de la parturiente et parallèlement à cette dernière, de façon à orienter

le dos du côté de la tête de la femme. Les deux mains, se fléchissant sur les avant-bras, *empaument largement le fond de l'utérus* (Voy. fig. 42); on guette la venue d'une contraction ; alors, tandis que l'on engage la femme à pousser, on appuie sur la matrice de tout le poids de la partie supérieure du corps. L'effort est maintenu tant que dure la contraction et suspendu lorsque celle-ci prend fin. La même manœuvre est recommencée lors de la douleur suivante. Quand la présentation est en train de franchir l'anneau vulvaire, on peut même continuer l'expression, en dehors des contractions, mais en modérant l'effort pour ne pas faire éclater le périnée

1° Il ne faut jamais pratiquer l'expression a l'aide des poings fermés, sous peine de traumatiser la paroi abdominale et même l'utérus, mais seulement avec la face palmaire des mains.

2° On se trouve souvent bien de faire placer, pendant cette manœuvre, la femme *en position obstétricale*, en faisant fléchir les cuisses au maximum sur le bassin.

Si l'expression abdominale reste elle-même impuissante, ou si l'enfant souffre, ce que l'on reconnaît à l'altération des bruits du cœur (d'abord précipités, puis irréguliers, puis ralentis et soufflants), il faut, sans plus attendre, procéder à l'extraction artificielle de la présentation. Ici l'opération varie suivant chaque présentation.

De la terminaison artificielle dans l'accouchement par le sommet.

La tête est-elle mobile au-dessus du détroit supérieur? On pratique la *version podalique* (Voy. p. 277). *La tête est-elle engagée*, et par conséquent immobile, facile à saisir ? *On applique le forceps.*

Technique de l'application de forceps dans les présentations du sommet.

Nous admettrons que l'on fait usage du modèle actuel du forceps Tarnier (fig. 43 et 44), de beaucoup le plus répandu en France à l'heure actuelle. Chaque fois que la chose est possible, on aura recours à l'*anesthésie générale*. La femme est mise en *position obstétricale*, les fesses arrivant bien au bord du lit, les membres inférieurs maintenus, symétriquement fléchis et écartés, par deux aides. Les poils de la vulve sont coupés ras ; la vulve et le vagin sont savonnés puis irrigués, la vessie évacuée par cathétérisme. Un toucher très minutieux s'assure de la position exacte de la tête.

On commence par compléter manuellement (Voy. p. 53) la dilatation, si celle-ci n'était pas absolument parfaite ; puis on rompt

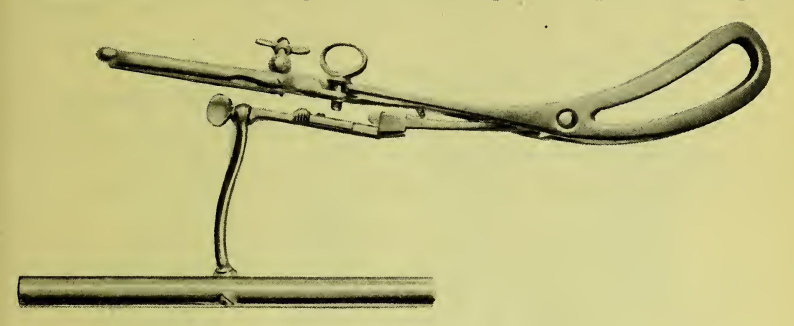


Fig. 43. — *Forceps Tarnier* (modèle courant).

les membranes en supposant qu'elles soient jusqu'ici restées intactes. La façon d'appliquer le forceps varie suivant la position et

Fig. 44. — *Forceps Tarnier,* désarticulé.

l'étage de la portion filière occupée par la tête. Nous ne nous occuperons ici que des applications de forceps à la vulve, au détroit inférieur et dans l'excavation, l'application au détroit supérieur étant

étudiée à propos des interventions dans les bassins rétrécis (Voy. p. 196).

I. **La tête est au détroit inférieur ou à la vulve.** — La rotation est faite : il s'agit donc d'une application *directe*, en occipito-pubienne ou en occipito-sacrée.

A. *Application du forceps sur la tête en occipito-pubienne.* — Les différents temps de l'application vont, d'une façon immuable, se dérouler dans l'ordre suivant :

1° **Mise en place des branches.** — L'opérateur, assis ou

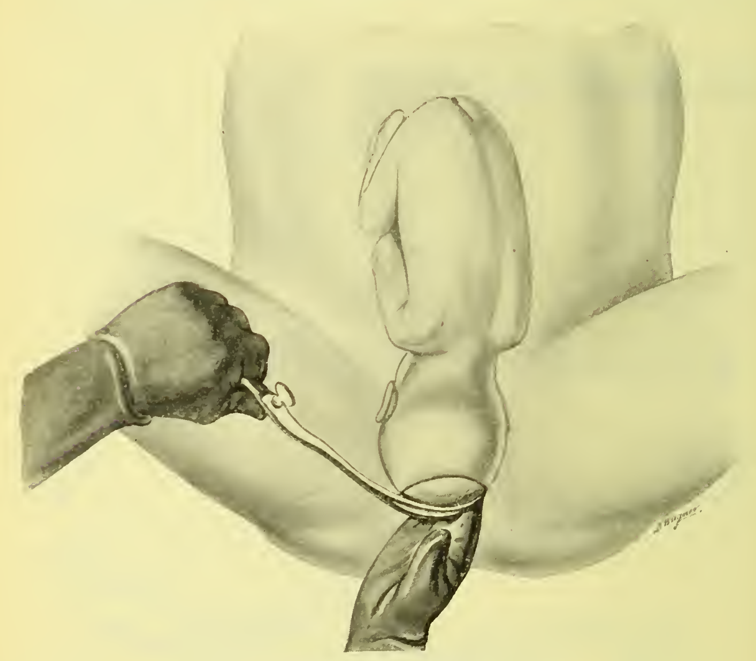


Fig. 45. — *Application de forceps en occipito-pubienne :* 1° présentation de la branche gauche à la vulve.

debout, suivant que le lit est plus ou moins bas, se place bien en face des organes génitaux, et a, à sa droite, le forceps, démonté, stérilisé, posé sur un plateau flambé ; chaque cuiller est enduite de vaseline le long de sa face externe, convexe.

α. On introduit d'abord la branche gauche. — La *main droite, qui va servir de guide*, se mettant en supination, introduit l'extrémité des quatre grands doigts dans les voies génitales, à gauche de la présentation, la face dorsale tournée vers les parties maternelles

qu'elle écarte, la face palmaire prenant contact avec la région pariéto-malaire de la tête fœtale. La *main gauche, saisissant la branche gauche* (branche à pivot) au niveau de son manche, le coude en

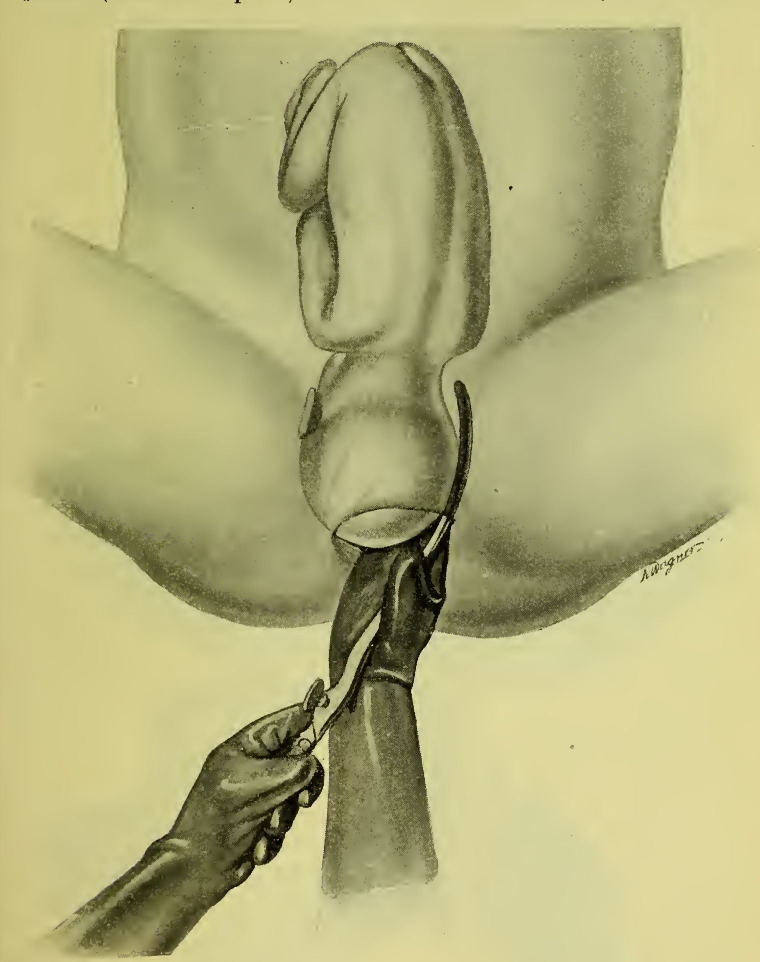


Fig. 46. — *Application de forceps en occipito-pubienne :* 2° mise en place de la branche gauche.

haut et le pouce en bas, la présente *verticalement* à la vulve (fig. 45); le bec de la cuiller vient s'appuyer sur la main-guide et, suivant à plat la face palmaire de cette main-guide, pénètre dans la partie gauche de l'excavation *grâce au mouvement d'abaissement*

que la main gauche imprime au manche au fur et à mesure que la cuiller s'enfonce plus profondément (fig. 46). Il faut aller très loin, de façon à amener le bec de la cuiller en contact avec la partie latérale du menton. Finalement, toute la partie fenêtrée de la branche

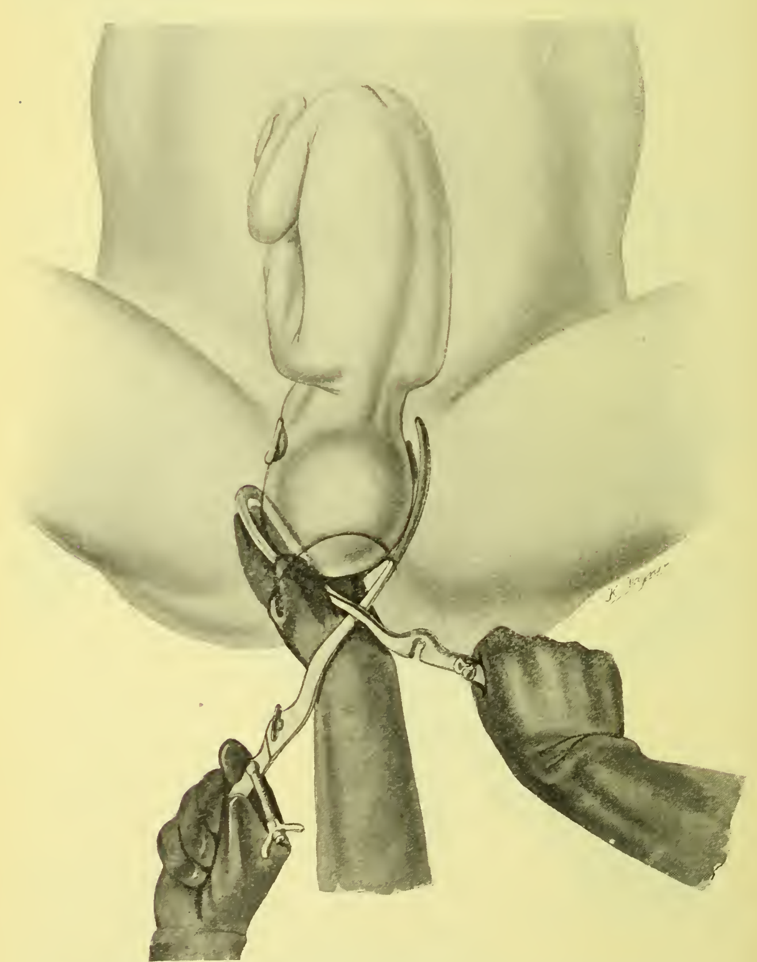


Fig. 47. — *Application de forceps en occipito-pubienne :* 3° mise en place de la branche droite, un aide maintenant, pendant ce temps, la branche gauche.

a disparu dans les voies génitales, et le pivot se trouve à quelques centimètres en avant de la vulve. Le manche, qui se porte

vers la cuisse droite, est alors confié à un aide ; celui-ci le saisit au niveau de son crochet et le maintient strictement immobile.

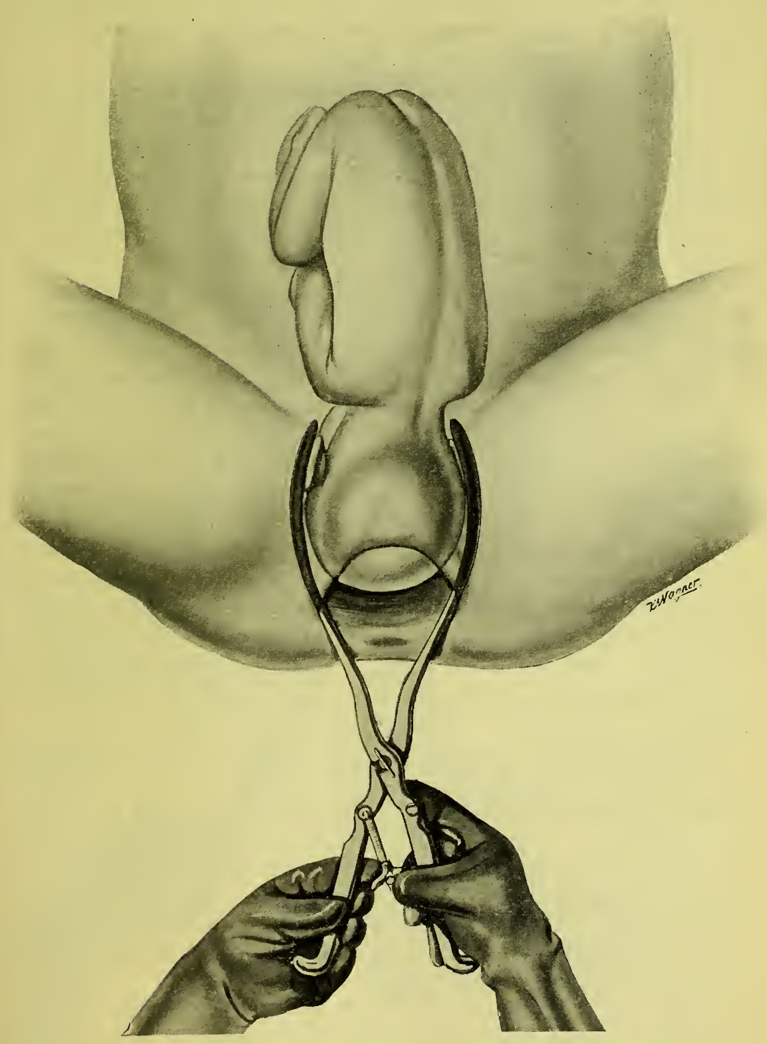


Fig. 48. — *Application de forceps en occipito-pubienne :* 4° articulation des branches.

β. On introduit ensuite la branche droite. — La *main gauche, qui va maintenant servir de guide*, se place comme le faisait tout

à l'heure la main droite. *La main droite saisit la branche droite* (branche à encoche) exactement comme il a été dit plus haut et, la guidant sur la main gauche, l'introduit dans la partie droite de l'excavation, à la même profondeur que la première branche, et en passant *par-dessus* cette dernière (fig. 47).

2° **Articulation.** — La main droite continue à tenir le manche de la branche droite; la main gauche, quittant les voies génitales, reprend le manche de la branche gauche, que l'aide a maintenu jusqu'ici. Les deux mains, agissant de concert, rendent les deux branches bien parallèles et les articulent, dans le plan médian, en faisant pénétrer le pivot dans l'encoche; le pivot est alors serré à fond (fig. 48).

La *vis de pression*, que porte le manche gauche, est alors rabattue dans la mortaise destinée à la recevoir et serrée *très modérément*, grâce à un ou deux tours imprimés à son écrou.

3° **Vérification de la prise.** — L'index droit, touchant alors entre les branches de l'instrument, s'assure que la tête est bien saisie et *seule saisie*. Si, par mégarde, le col ou le cordon se trouvaient pincés entre la présentation et l'une des cuillers, il faudrait immédiatement retirer le forceps pour l'appliquer à nouveau, plus correctement.

4° **Mise en place du tracteur.** — La main gauche maintenant les manches de l'instrument, les élevant même quelque peu, la main droite libère les tiges de traction. Ceci fait, la main gauche saisit le tracteur (fig. 49), dans le verrou duquel la main droite va introduire l'extrémité des tiges de traction, tenues rapprochées et rigoureusement parallèles; on pousse alors le curseur à fond.

5° **Extraction.** — Les tractions vont être exercées *uniquement sur le tracteur* (fig. 50). Pour ce faire, l'opérateur saisit à pleines mains le palonnier entouré d'une compresse; il n'a pas à toucher aux manches: il se contente d'observer leur mouvement spontané de redressement, qui lui indique que la tête progresse. Les tractions, qui ne seront exercées qu'avec la seule force des avant-bras, doivent être *intermittentes* : à moins d'extrême urgence, elles ne s'exerceront que lors des contractions, et on en renforcera alors l'action par l'expression abdominale (Voy. p. 119).

Le tracteur doit être maintenu à un travers de doigt environ de la face inférieure des branches; la nécessité de conserver cet intervalle constant fera que les tractions seront dirigées de plus en plus de bas en haut au fur et à mesure que la tête se rapproche davantage de l'anneau vulvaire.

Quand la tête est en grande partie engagée dans l'anneau vulvaire, que la région bregmatique apparaît au niveau de la fourchette, on

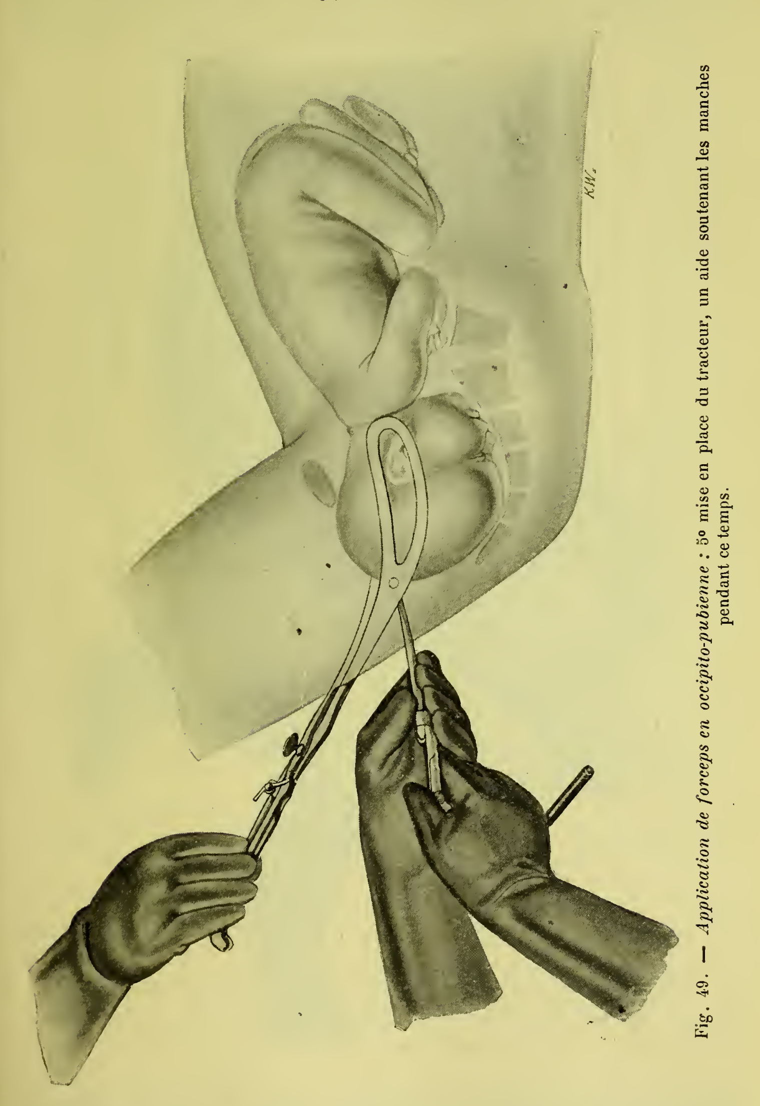


Fig. 49. — *Application de forceps en occipito-pubienne* : 5° mise en place du tracteur, un aide soutenant les manches pendant ce temps.

cesse les tractions ; on peut même retirer, de suite, le tracteur et fixer à nouveau en leur place primitive les tiges de traction. Puis, la

main gauche saisissant le forceps au niveau de son entablement

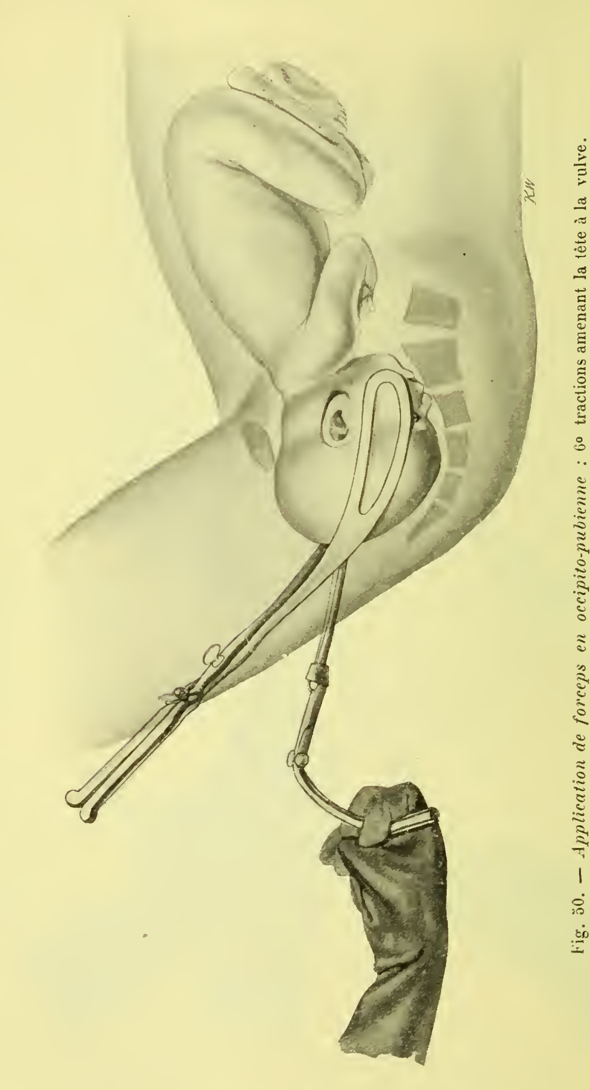


Fig. 50. — *Application de forceps en occipito-pubienne* : 6° tractions amenant la tête à la vulve.

(fig. 51), la main droite va surveiller la sortie de la tête, l'aider, au besoin, par des pressions, de bas en haut, au travers du périnée, comme

au cours de l'accouchement spontané (Voy. p. 98). Si la tête n'a que trop tendance à sortir rapidement, la main gauche la retient par l'intermédiaire du forceps ; si, par contre, elle ne progresse qu'avec trop de lenteur, cette même main accélérera le mouvement en tirant un

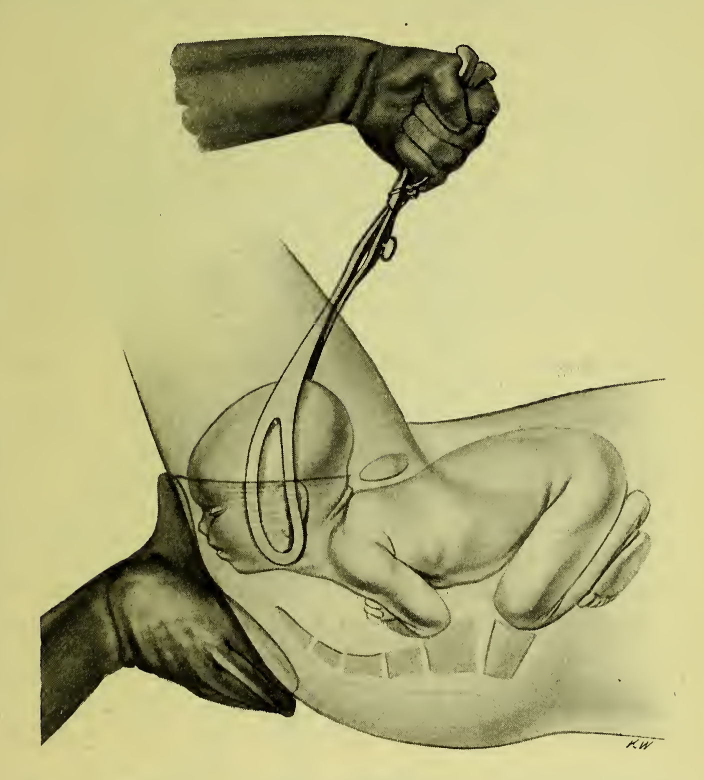


Fig. 51. — *Application de forceps en occipito-pubienne :* dégagement de la tête, à travers l'anneau vulvaire, les manches étant saisis à pleine main gauche.

peu sur l'instrument et surtout *en le relevant* au-devant du pubis.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, TOUTE L'INTERVENTION, SURTOUT LORS DE CE DERNIER TEMPS, DOIT ÊTRE MENÉE AVEC BEAUCOUP DE LENTEUR : TROP DE PRÉCIPITATION N'AURAIT D'AUTRE RÉSULTAT QUE DE DÉTERMINER QUELQUE GRAVE EFFRACTION DU PÉRINÉE.

Dès que la tête est sortie, on desserre d'abord la vis de pression, puis la vis d'articulation ; les branches s'écartent, et le forceps,

désormais inutile, est mis de côté. Le reste de l'accouchement se fait comme à l'ordinaire (Voy. p. 99).

B. *Application de forceps sur la tête en occipito-sacrée.* — L'opération est conduite suivant les règles générales que nous venons de décrire une fois pour toutes, en traitant de l'application de forceps en occipito-pubienne. La prise, *directe* ici encore, comme la position de la tête, ne diffère de la précédente que par ce seul fait que la courbure pelvienne de l'instrument, devant toujours regarder du côté du pubis, est ici tournée vers la face du fœtus et non vers l'occiput.

1° **Mise en place des branches.** — α. Introduction de la branche gauche première, tenue de la main gauche, et guidée par la main droite, dans la partie gauche de l'excavation.

β. Introduction de la branche droite seconde, tenue de la main droite, et guidée par la main gauche, dans la partie droite de l'excavation.

2° **Articulation.** — 3° **Vérification de la prise.** — 4° **Mise en place du tracteur.**

5° **Extraction.** — Elle peut se faire de *deux façons* : soit directement en occipito-sacrée, soit en occipito-pubienne, après rotation artificielle de la tête. Laquelle faut-il choisir? La tête est-elle déjà en train de se laminer au travers du détroit vulvaire, en partie, par conséquent, hors de l'excavation ? Le plus simple est de l'extraire directement en occipito-sacrée. Est-elle, au contraire, encore complètement dans l'excavation, capable par conséquent d'y tourner, du moins à ce qu'il semble ? On tentera alors la rotation; si celle-ci offre de trop grandes difficultés, il n'y a pas à insister, car on ne réussirait qu'à produire de sérieuses déchirures du vagin, et mieux vaut, ici encore, extraire en occipito-sacrée, au besoin en débridant le périnée par épisiotomie (Voy. p. 171).

α. De l'extraction en occipito-sacrée sans rotation. — 1° On exerce des tractions *sensiblement horizontales* jusqu'à ce que le front apparaisse à la vulve, au-devant du sous-pubis (fig. 52) ;

2° La racine du nez étant calée sous la symphyse, *on relève les manches de l'instrument*, pour dégager successivement, au niveau de la commissure postérieure, le bregma, la suture sagittale, la fontanelle postérieure et enfin l'occiput;

3° Enfin *on abaisse le forceps*, ce qui détermine le dégagement, sous la symphyse, de la face.

Toute cette extraction sera conduite *avec une particulière lenteur*, le périnée étant ici beaucoup plus sérieusement menacé que dans

l'application de forceps sur la tête en occipito-pubienne.

β. De l'extraction de l'occipito-sacrée, après rotation instrumentale en occipito-pubienne. — Il faut : 1° faire tourner la tête en occipito-antérieure ; 2° l'extraire en cette nouvelle position.

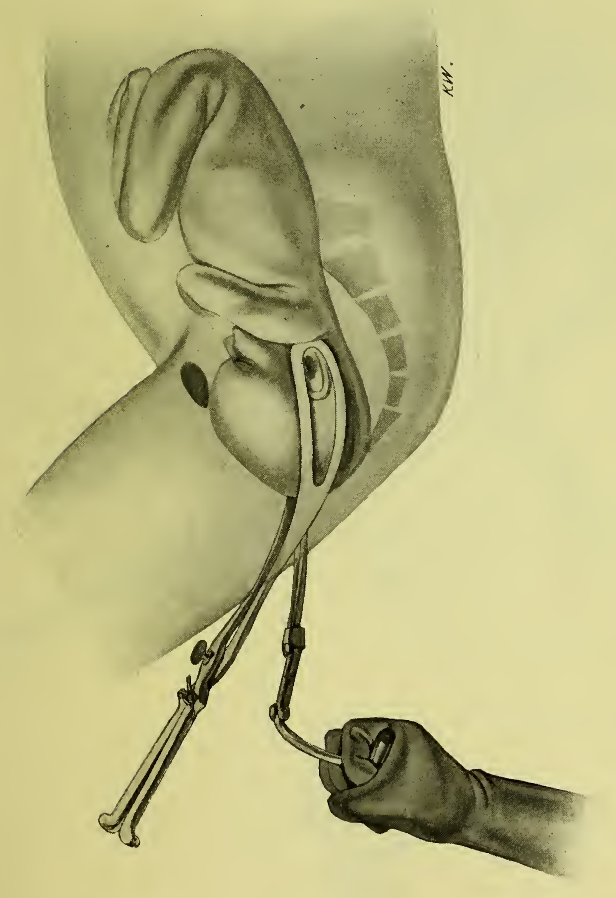


Fig. 52. — *Application de forceps en occipito-sacrée* : extraction sans rotation

1° *Rotation instrumentale de la tête.* — La tête ayant été amenée par traction jusque sur le plancher périnéal, *la main gauche saisit le tracteur* et le maintient dans le prolongement de l'axe vulvaire, pour éviter que, en tournant, la tête ne remonte dans l'excavation. La main droite prend, entre l'extrémité des doigts, les deux manches

au niveau de leurs crochets et les porte, tout d'abord, directement en haut, au-devant du pubis. Ceci fait, elle va conduire ces

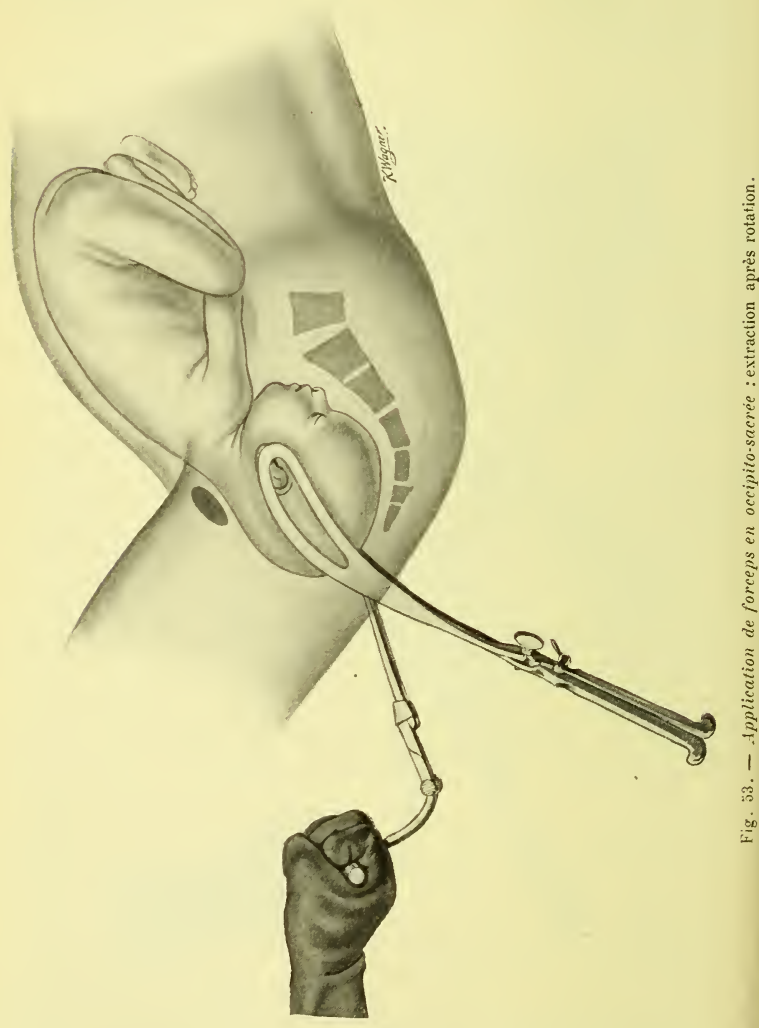


Fig. 53. — *Application de forceps en occipito-sacrée : extraction après rotation.*

manches *de droite à gauche, et de plus en plus en bas,* leur faisant décrire un mouvement de *circumduction aussi large que possible ;* ils dessinent ainsi dans l'espace un cône de révolution autour

du tracteur. A ce mouvement très large des manches correspond un mouvement sur place des cuillers, qui ne peuvent blesser le vagin; si, par une faute grossière, on faisait tourner les manches sur place, comme une clé, ce sont les cuillers qui décriraient alors le cône de révolution, pour le plus grand dommage des voies génitales.

Ce mouvement doit avoir une étendue de *180°* ; lorsqu'il est terminé, les manches du forceps *pendent, directement en bas*, au-devant du périnée. Il aura été prudemment exécuté en plusieurs temps, la tête passant d'abord d'OS en OIDP, puis en OIDT, puis en OIDA et finalement en OP. Il est bien entendu que, si l'enfant se présentait primitivement en OIGP, et non en OIDP, ainsi que nous l'avons supposé jusqu'ici, c'est de gauche à droite, et non plus de droite à gauche, qu'il faudrait faire la rotation; la main droite maintiendrait le tracteur, pendant que la gauche conduirait les manches.

2° *Extraction de la tête après rotation.* — Quand la tête est ainsi ramenée en occipito-pubienne, le forceps se trouve *placé à l'envers* par rapport à la direction de l'excavation, c'est-à-dire que sa courbure dite pelvienne regarde le sacrum au lieu d'être orientée vers le pubis (Voy. fig. 53). Il n'y a cependant qu'à terminer ainsi l'extraction, *en ayant bien soin de ne pas relever les manches de l'instrument* pour empêcher le bec des cuillers de venir labourer la paroi postérieure du vagin ; on tire donc sur le palonnier, droit devant soi, sans toucher aux manches, jusqu'à ce que l'occiput se soit dégagé, à la partie antérieure de la vulve ; à ce moment, mais à ce moment seulement, on saisit à pleine main gauche les manches de l'instrument au niveau de l'entablement, et on les relève, tandis que la main droite dirige le dégagement du bregma, des bosses frontales, puis de la face.

Si, *au cours de la rotation, l'instrument s'était notoirement déplacé*, le mieux serait de le *réappliquer*, correctement, en occipito-pubienne, comme il a été dit plus haut (Voy. p. 122).

II. **La tête est dans l'excavation.** — La tête peut s'y trouver en *transverse* ou en *oblique* ; des applications de forceps en occipito-transverse, nous ne dirons rien ici, ce sujet étant traité tout au long à propos de la conduite à tenir dans les bassins rétrécis (Voy. p. 196) ces applications s'adressant essentiellement au cas où la tête est arrêtée au détroit supérieur par quelque angustie pelvienne ; si la tête est dans l'excavation, l'application est absolument la même, mais beaucoup plus aisée. Restent les applications obliques. La technique va différer suivant qu'il s'agit d'un oblique

antérieure (OIGA, OIDA) ou d'une oblique postérieure (OIDP, OIGP).

A. *Application de forceps en OIGA.* — Les règles générales étant les mêmes que pour l'application en occipito-pubienne (Voy. p. 122), nous n'avons ici qu'à insister sur les points propres à cette position.

1° **Mise en place des branches.** — α. ON INTRODUIT D'ABORD LA BRANCHE GAUCHE, tenue de la main gauche et guidée par les doigts droits, dans la partie gauche de l'excavation, au-devant de l'encoche sacro-iliaque, contre l'oreille postérieure du fœtus. Cette branche n'est plus introduite, comme dans l'occipito-pubienne, directement à gauche, mais bien *à gauche et en arrière*, puisqu'il s'agit d'une position oblique.

β. ON INTRODUIT ENSUITE LA BRANCHE DROITE, tenue de la main droite et guidée par les doigts gauches. Cette branche doit venir se placer contre l'oreille antérieure du fœtus, derrière l'éminence ilio-pectinée droite ; on pourrait l'introduire directement en cette place, mais il est plus facile d'agir comme il suit : la cuiller est introduite à droite et en arrière, comme la gauche l'avait été à gauche et en arrière, au-devant de l'encoche sacro-iliaque correspondante. Ceci fait, la main droite imprime au manche *un mouvement combiné d'abaissement et de rotation* (fig. 54), mouvement qui porte ce manche de haut en bas et de droite à gauche, et la cuiller, par conséquent, d'arrière en avant ; par un tour de spire (mouvement de spire de Mme Lachapelle), cette cuiller passe ainsi, au-devant de la face du fœtus, de la région sacro-iliaque à la région ilio-pectinée, où elle se trouve bien placée.

2° **Articulation.** — La main reportant nettement *en haut et à gauche*, vers la cuisse gauche de la mère, les branches de l'instrument, on procède (fig. 55) à l'articulation (Voy. p. 126).

3° **Vérification de la prise** (Voy. p. 126).

4° **Mise en place du tracteur** (Voy. p. 126).

5° **Extraction.** — Il faut : *a.* faire la rotation en OP ; *b.* extraire (fig. 56).

a. La *rotation* se fait exactement comme il a été dit plus haut ; mais le mouvement *très large* que l'on fait décrire aux manches n'a ici une étendue que de 45° et s'opère de gauche à droite.

b. La *tête est en occipito-pubienne* ; nous savons comment l'extraire (Voy. p. 126).

B. *Application de forceps en OIDA.* — Qu'il nous suffise de citer les temps, un seul point étant spécial à cette application.

1° **Mise en place des branches.** — α. ON INTRODUIT D'ABORD

LA BRANCHE DROITE, tenue par la main droite et guidée par

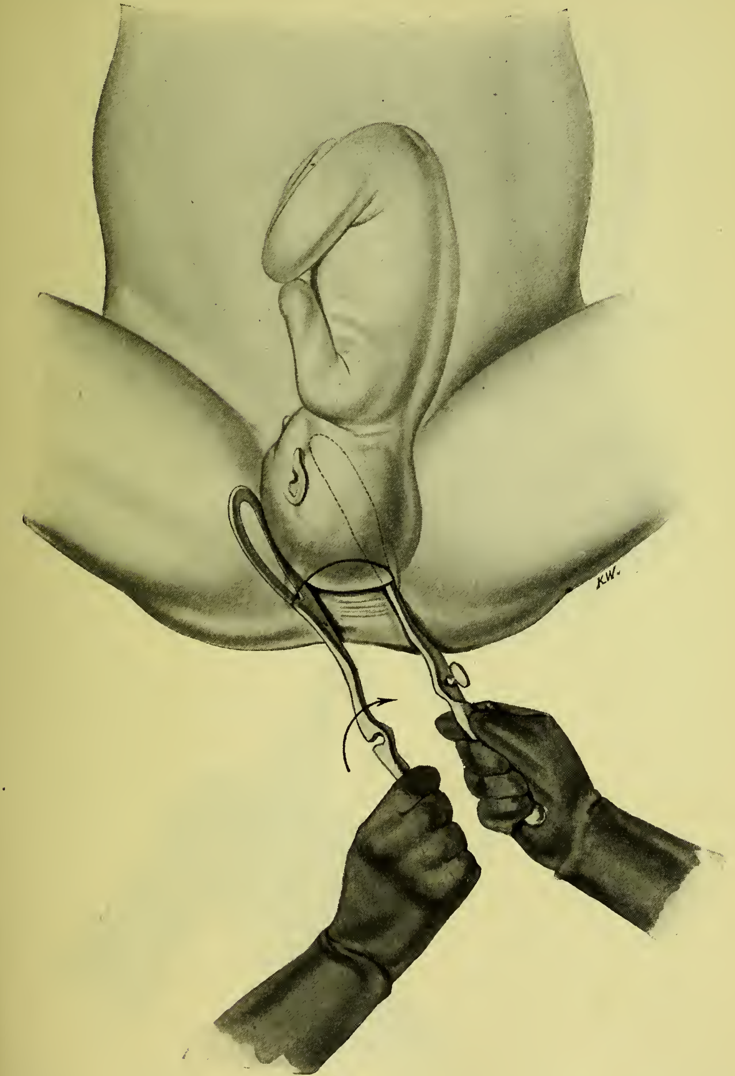


Fig. 54. — *Application de forceps en OIGA :* la branche gauche est en place, maintenue par un aide ; l'opérateur place la branche droite, grâce au mouvement de spire.

les doigts gauches, au-devant de l'encoche sacro-iliaque droite.

β. On introduit ensuite la branche gauche, tenue de la main

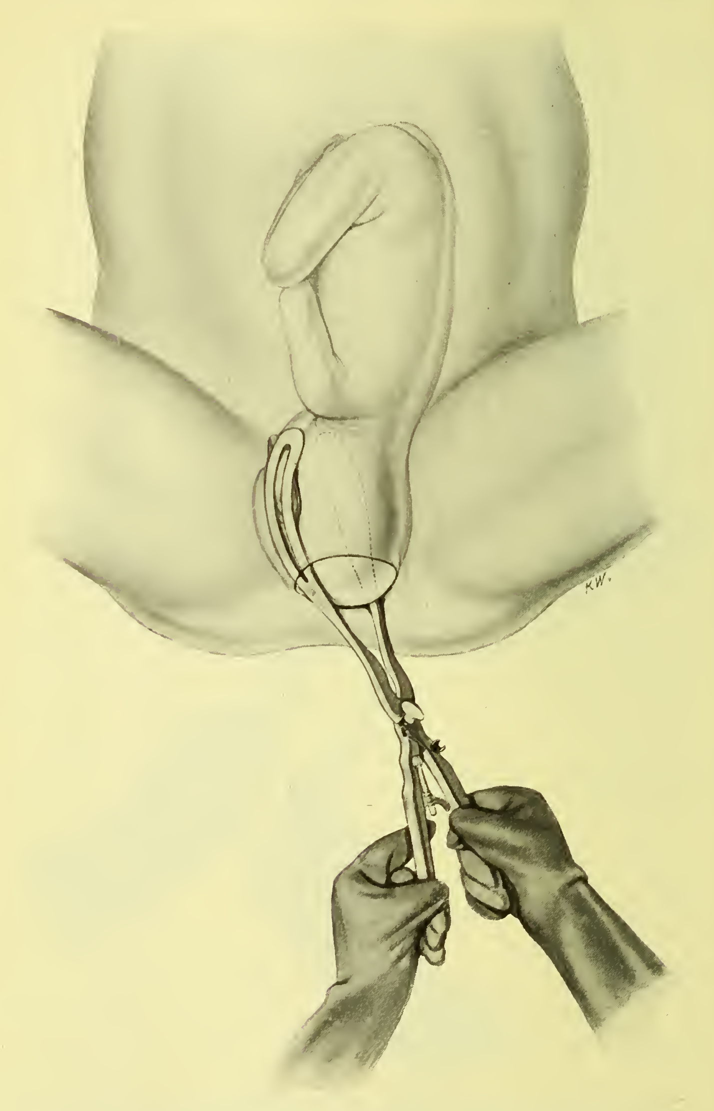


Fig. 55. — *Application de forceps en OIGA* : articulation des branches.

gauche, guidée par les doigts droits, d'abord au-devant de l'encoche

sacro-iliaque gauche, puis ramenée par un tour de spire (fig. 54)

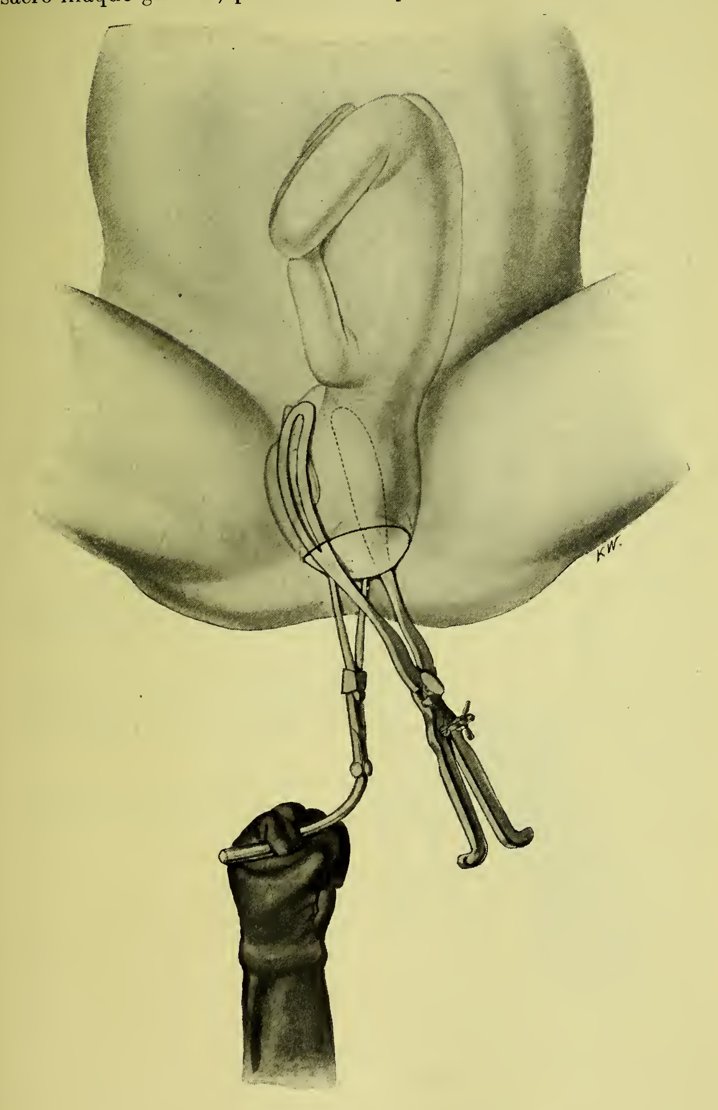


Fig. 56. — *Application de forceps en OIGA* : extraction.

au niveau de l'éminence ilio-pectinée gauche.

2° **Articulation.** — Les manches sont ramenés nettement *en haut et à droite*, vers la cuisse droite de la mère. Pour articuler, *il faut d'abord les décroiser*, car la branche à encoche introduite première se trouve au-dessous de la branche à pivot. Rien n'est plus simple : *il suffit de saisir chaque branche, au niveau de son crochet, avec la main de nom opposé* (main gauche saisissant le crochet droit, main droite saisissant le crochet gauche), et de faire décrire à ces deux crochets des demi-cercles se regardant par leurs concavités (fig. 59). La branche à encoche est ainsi ramenée au-dessus de la branche à pivot, et l'articulation se fait alors comme à l'ordinaire.

3° **Vérification de la prise** (Voy. p. 126).

4° **Mise en place du tracteur** (Voy. p. 126).

5° **Extraction.** — a. *Rotation de 45°*, de droite à gauche, ramenant la tête en occipito-pubienne.

b. *Extraction* en occipito-pubienne (Voy. p. 126).

C. *Application de forceps en OIDP.* — Un point caractérise les occipito-postérieures, c'est la *flexion imparfaite* ; c'est parce que la tête est insuffisamment fléchie qu'elle ne tourne pas et que le travail cesse de progresser ; le forceps va avoir à *parfaire cette flexion*, et c'est là la particularité des applications en occipito-postérieure (qu'il s'agisse d'une OIDP ou d'une OIGP).

1° **Mise en place des branches.** — α. On introduit d'abord la branche gauche, tenue par la main gauche, guidée par les doigts droits, à gauche et en arrière.

β. On introduit ensuite la branche droite, tenue par la main droite, guidée par les doigts gauches, d'abord à droite et en arrière, puis on la ramène, par un tour de spire (Voy. p. 137), à droite et en avant (fig. 57).

2° **Articulation.** — Les manches sont dirigés très obliquement *en bas et à droite* vers la cuisse droite de la mère ; en cette position, on les articule (Voy. p. 126).

3° **Vérification de la prise** (Voy. p. 126).

4° **Mise en place du tracteur** (Voy. p. 126).

5° **Extraction.** — Il faut : *a.* parfaire la flexion ; *b.* faire tourner la tête en OP ; *c.* l'extraire.

α. On fléchit la tête en reportant les manches du forceps, de leur position primitive en bas et à droite, *obliquement en haut et à gauche*, vers la cuisse gauche de la mère (fig. 58).

β. On fait la rotation, comme à l'ordinaire, par un mouvement très large, long de 135°, de haut en bas et de droite à gauche (Voy. p. 132).

γ. On extrait comme après la conversion en occipito-antérieure d'une occipito-sacrée (Voy. p. 133).

D. ***Application de forceps en OIGP***. — Elle est calquée sur l'application en OIDP.

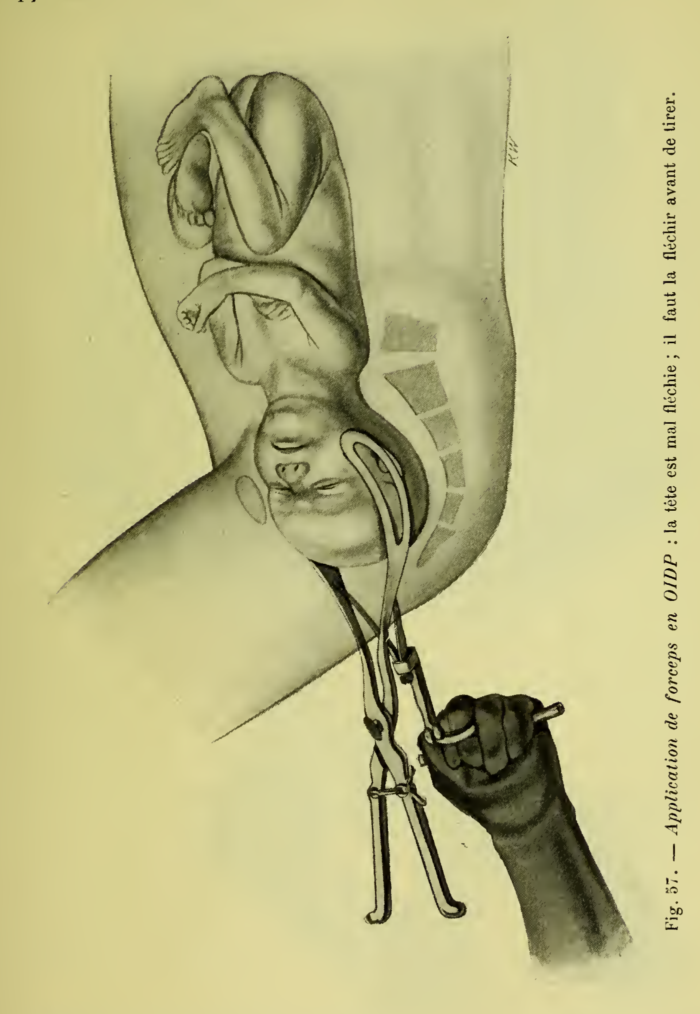


Fig. 57. — *Application de forceps en OIDP* : la tête est mal fléchie ; il faut la fléchir avant de tirer.

1° **Mise en place des branches.** — α. ON INTRODUIT D'ABORD LA BRANCHE DROITE, tenue de la main droite et dirigée, sur les doigts gauches, à droite et en arrière.

β. ON INTRODUIT ENSUITE LA BRANCHE GAUCHE, tenue de la main gauche et dirigée sur les doigts droits, d'abord à gauche et en arrière,

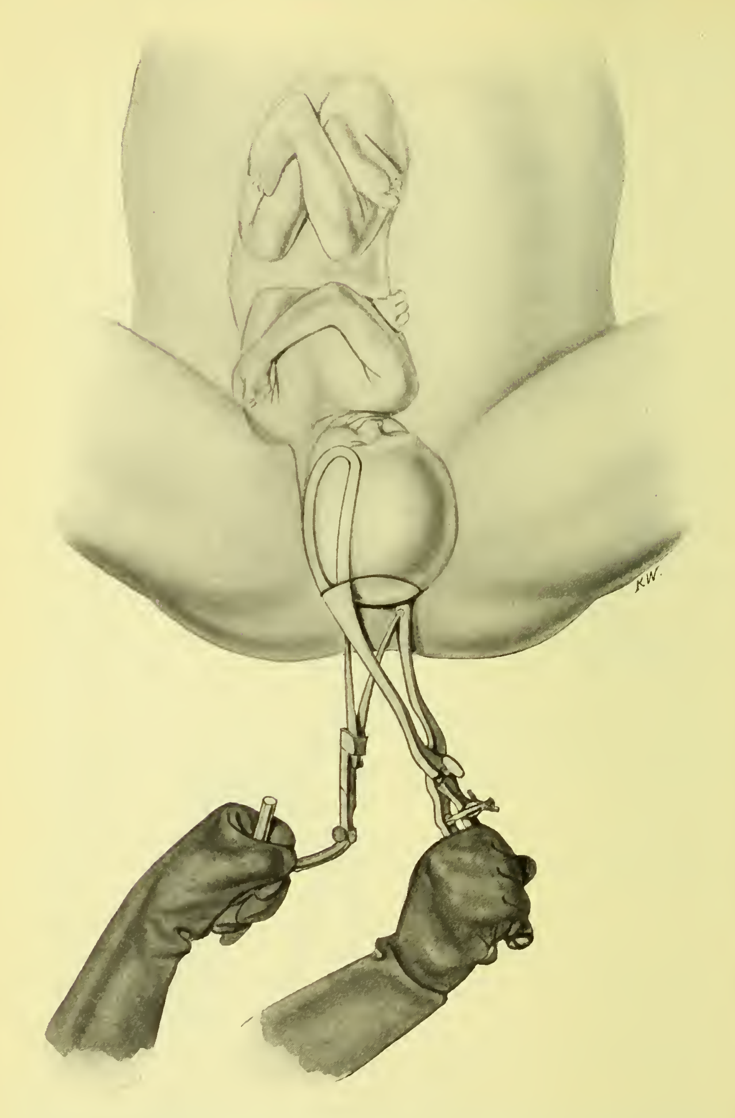


Fig. 58. — *Application de forceps en OIDP :* flexion de la tête, à l'aide des manches.

puis on la ramène, par un tour de spire (Voy. p. 137), à gauche et en avant.

2° **Articulation.** — Les manches étant réclinés *en bas et à gauche*,

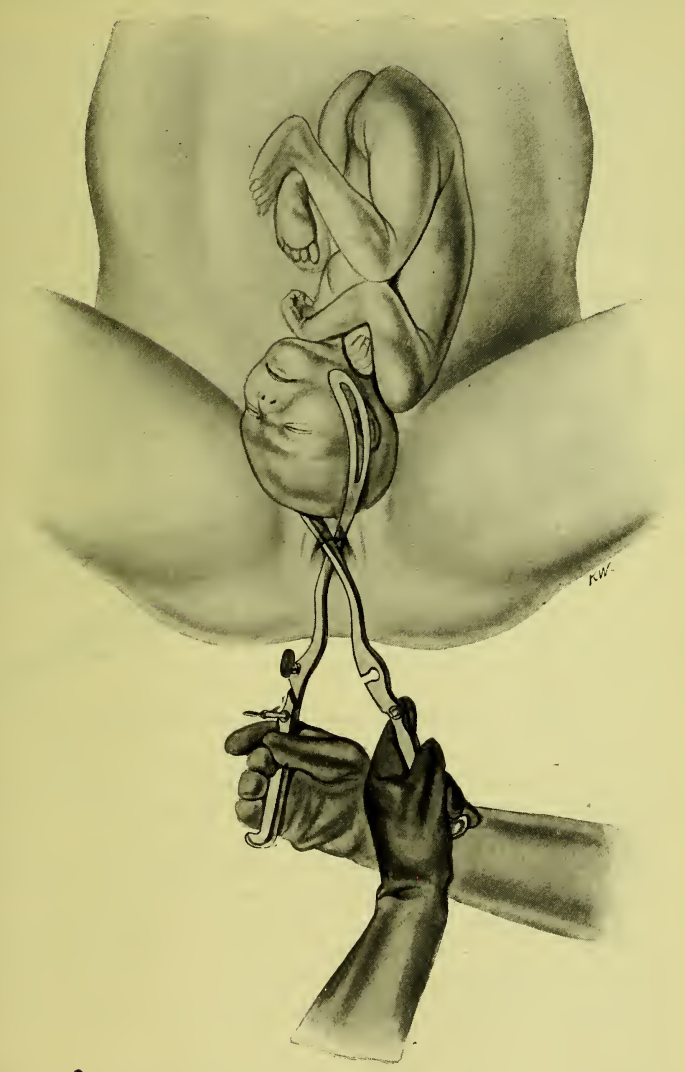


Fig. 59. — *Application de forceps en OIGP* : le décroisement des branches.

vers la cuisse gauche de la mère, on articule *après décroisement* (Voy. p. 138 et fig. 59).

3° **Vérification de la prise** (Voy. p. 126).

4° **Mise en place du tracteur** (Voy. p. 126).

5° **Extraction.** — Il faut :

α. Parfaire la flexion, en reportant les manches de la position primitive en bas et à gauche, *obliquement en haut et à droite.*

β. Faire la rotation, comme à l'ordinaire, par un mouvement très large, long de 135°, de haut en bas et de gauche à droite (Voy. p. 132).

γ. Extraire, comme après la conversion en occipito-pubienne d'une occipito-sacrée (Voy. p. 133).

Quand il s'agit d'une occipito-postérieure, il est souvent avantageux de recourir au forceps à courbure périnéale (fig. 60)

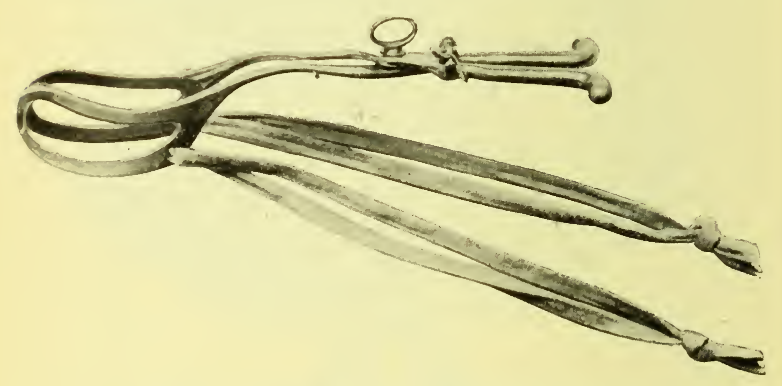


Fig. 60. — *Forceps à courbure périnéale et muni de lacs.*

et d'exercer des tractions à l'aide de lacs. Nous ne saurions trop recommander cette façon de faire, dans toutes les applications élevées.

Résumé de l'ordre dans lequel il faut appliquer les branches. — 1° Position directe (OP, OS). — On commence toujours par la branche gauche.

2° Position oblique. — On commence par la branche de même nom que le diamètre occupé par la tête :

Branche gauche quand la tête occupe le diamètre oblique gauche : OIGA, OIDP;

Branche droite quand la tête occupe le diamètre oblique droit : OIGP, OIDA.

De la terminaison artificielle dans l'accouchement par la face.

Les conditions de l'intervention varient beaucoup suivant le degré de la filière pelvienne où se trouve arrêtée la présentation.

1. **La face est au détroit supérieur ou dans la partie supérieure de l'excavation.** — Laissant systématiquement de côté toutes les manœuvres destinées à transformer la face en sommet, manœuvres difficiles, périlleuses même, car elles risquent de rester incomplètes, nous poserons ainsi le problème : la présentation peut, ou non, être mobilisée.

A. ***La présentation peut être mobilisée.*** — La face n'est pas trop engagée, l'utérus n'est pas rétracté. Le plus simple et le plus naturel consiste alors à tourner la difficulté, en extrayant le fœtus, une fois la dilatation complète, par VERSION PODALIQUE (Voy. p. 277).

B. ***La présentation ne peut pas être mobilisée.*** — Déjà la face est trop engagée, ou bien l'utérus, vide d'eau depuis longtemps, est rétracté ; en pareil cas, il faut avoir recours AU FORCEPS. Il est bien entendu que, si l'on a affaire à un enfant mort, ou encore si plusieurs applications de forceps restent infructueuses, il n'y a plus qu'à extraire le fœtus par EMBRYOTOMIE CÉPHALIQUE, et de préférence par CRANIOCLASIE.

Technique de l'application de forceps sur la face dans l'excavation. — A. **La face est en mento-antérieure.** — ON COMMENCERA PAR DÉFLÉCHIR LA TÊTE AU MAXIMUM, en appuyant de haut en bas, avec l'index, sur la voûte palatine. Ceci fait, le forceps est appliqué *exactement comme s'il s'agissait d'un sommet* (Voy. p. 134). S'agit-il d'une MIGA, on applique d'abord la branche gauche; d'une MIDA, on commencera par la branche droite. Une fois la rotation faite, le sous-menton étant bien ramené sous la symphyse pubienne, on dégage la tête, suivant ses diamètres sous-mentaux, en relevant le manche de l'instrument, comme lorsqu'on procède au dégagement d'un sommet (Voy. p. 130).

B. **La face est en mento-postérieure.** — Commençons, ici encore, par PARFAIRE LA DÉFLEXION, en appuyant fortement sur la voûte palatine (fig. 61). Essayons même, lors d'une contraction, de ramener la face en avant, en tirant avec le doigt sur la commissure labiale antérieure; si l'on réussit, on appliquera, ensuite, le forceps en mento-antérieure, comme il vient d'être dit ci-dessus. Si l'on échoue, il faut alors appliquer le forceps en mento-postérieure.

Cette application n'est, dans ses grandes lignes, que la répétition de l'application similaire dans le cas de présentation du sommet (Voy. p. 138). S'agit-il d'une MIDP, on commence par la branche gauche;

d'une MIGP, on commence par la branche droite. Nous nous bornerons donc à signaler les *trois points* propres à l'application du forceps sur la face :

1° Il y a avantage a introduire la branche antérieure directement en avant (Bonnaire), là où elle doit être placée définitivement, et non pas en arrière, car, dans le mouvement de spire qui doit la

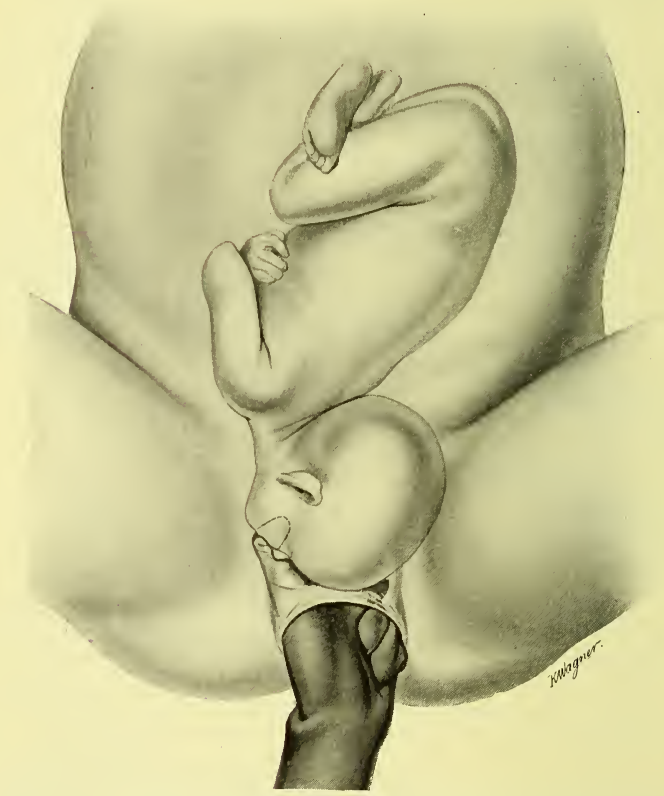


Fig. 61. — *La main parfait la déflexion,* avant l'application de forceps en *MIDP.*

ramener en avant, la cuiller accroche les aspérités de la face et déplace la position. Ce n'est d'ailleurs pas là une difficulté : il suffit de présenter la branche de bas en haut, la main tenant le crochet très bas et non plus très en haut, comme à l'ordinaire, et le bec de la cuiller en l'air. La cuiller vient glisser, *sous les doigts-guides* mis en pronation, derrière l'éminence ilio-pectinée (fig. 62).

2° Il faut toujours, et coûte que coûte, faire la rotation en mento-pubienne, le dégagement en mento-sacrée étant une impossibilité absolue.

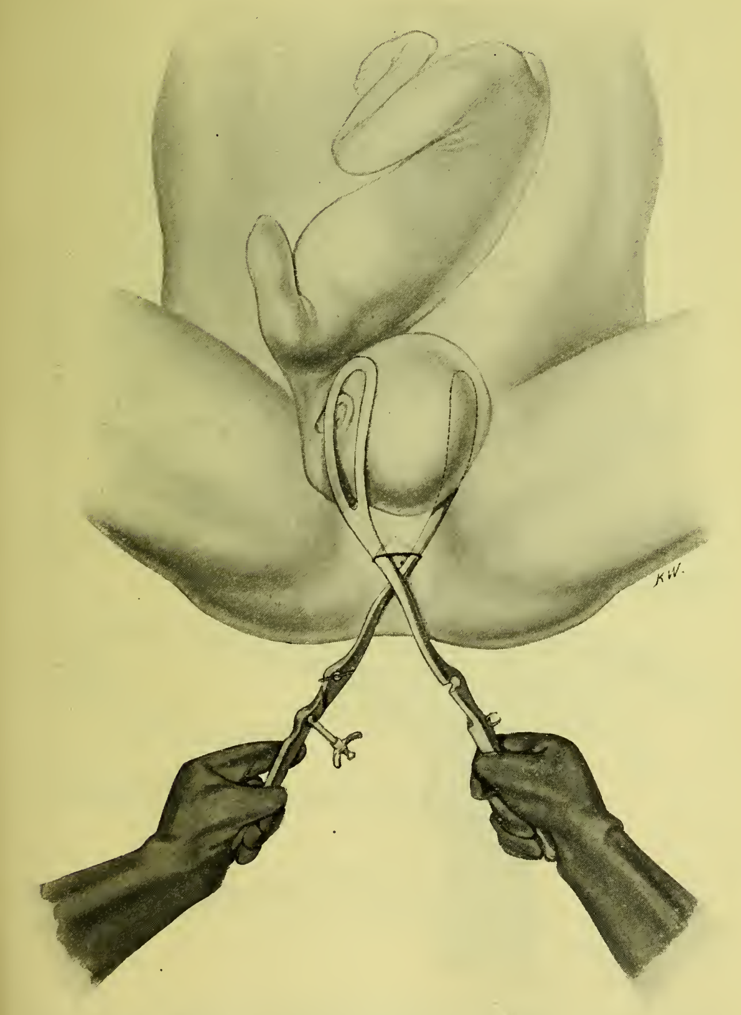


Fig. 62. — *Application de forceps en MIDP.*

3° Il faut tenter la rotation très haut, n'ayant encore exercé, comme tractions, que juste le nécessaire pour bien fixer la tête : la

brièveté du cou ne permet pas, en effet, à la face en mento-postérieure d'être amenée sur le plancher pelvien. La descente sera donc consécutive à la rotation.

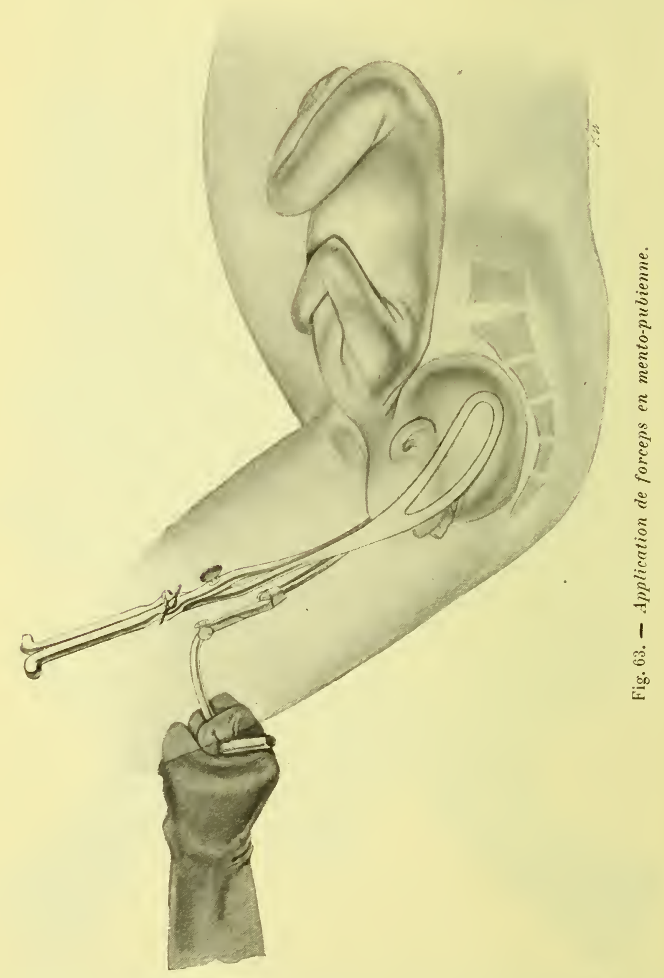


Fig. 63. — *Application de forceps en mento-pubienne.*

Le reste de l'opération ne présente rien de particulier. Ajoutons, cependant, qu'il peut être avantageux de *faire maintenir la flexion* par le doigt d'un aide restant à demeure sur la voûte palatine pendant la rotation instrumentale.

II. La face est au détroit inférieur ou à la vulve, en mento-pubienne. — Commençons, ici encore, *par bien compléter la flexion*; dégageons franchement le menton, pour mettre la région hyoïdienne en rapport avec le sous-pubis (fig. 63). Ceci fait, et la femme étant en position obstétricale, si les efforts naturels renforcés par l'*expression abdominale* (Voy. p. 119) ne suffisent pas, appliquons le forceps.

Technique de l'application de forceps en mento-pubienne. — C'est exactement la même intervention que lorsqu'il s'agit d'une occipito-pubienne (Voy. p. 122); ici encore, c'est la branche gauche qu'on applique la première. Le seul point à noter est le suivant : l'axe des cuillers devant correspondre à l'*axe occipito-nasal* (et non plus occipito-mentonnier), les manches de l'instrument sont nettement dirigés en bas, appuyant fortement sur la fourchette vulvaire. Les tractions devront elles-mêmes être dirigées *en avant et en bas*, afin de bien dégager le menton; à ce moment, on relève les manches de l'instrument pour dégager la tête suivant les diamètres sous-mentaux, en allant plus doucement encore que lorsqu'il s'agit d'un sommet.

De la terminaison artificielle dans l'accouchement par le siège.

A moins d'avoir à extraire un enfant mort et très volumineux, dans quel cas on aurait recours à la cranioclasie sur le siège, c'est toujours

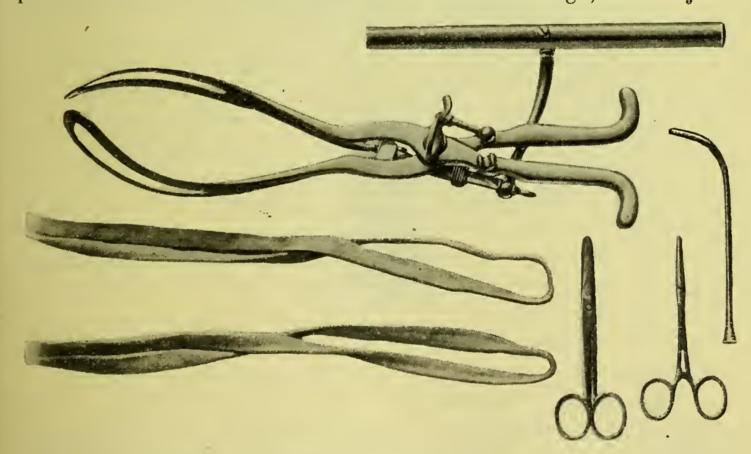


Fig. 64. — Instruments qui doivent être à la portée de la main dans toute extraction du siège.

par l'*extraction podalique* qu'il convient de terminer artificiellement l'accouchement, quand, pour une cause ou une autre, la présentation

fœtale reste arrêtée à un degré quelconque de la filière pelvienne, ou que la souffrance de la mère ou du fœtus oblige à mettre promptement fin au travail. La technique varie suivant qu'il s'agit d'un siège complet ou d'un siège mode des fesses.



Fig. 65. — *Extraction podalique*, dans le siège complet : 1° saisie des pieds.

I. **Extraction artificielle du siège complet**. — Les tracteurs dont on va faire usage, c'est-à-dire les membres pelviens de l'enfant, sont, en ce cas, à portée de la main qui les rencontre dans les voies génitales avant toute autre partie fœtale. L'extraction va donc être la même, que le siège soit arrêté au détroit inférieur, dans l'excavation ou au détroit supérieur.

Technique de l'extraction podalique. — La femme est mise en position obstétricale ; les fesses déborderont légèrement le rebord du lit, de façon que l'on ne soit pas gêné pour tirer en bas ; il y a, à ce même point de vue, avantage à opérer sur un lit élevé, ou mieux encore sur une table. La vulve et le vagin sont soigneusement désinfectés, la vessie vidée. L'anesthésie, sans être absolument indispensable, est toujours fort utile. L'opération va comprendre trois temps : 1° l'extraction du siège et du tronc ; 2° l'extraction des épaules ; 3° l'extraction de la tête dernière.

A. **Extraction du siège et du tronc.** — C'est la partie simple de l'opération.

1° L'opérateur introduit doucement la main droite, vaselinée sur sa face dorsale et essuyée sur sa face palmaire, dans les voies génitales ; au travers du col *complètement dilaté*, cette main va reconnaître la présentation ; elle arrive de suite sur les membres inférieurs, qu'elle saisit au niveau des malléoles ou des jambes (fig. 65) et les attire *tous deux* hors de la vulve.

2° Avant de commencer les tractions, on s'assure que le cordon ne se trouve pas, en anse, entre les cuisses du fœtus, et on le dégage de cette position, en le faisant passer au-dessus d'une des jambes. Puis on saisit, à l'aide de compresses sèches, les deux jambes à pleines mains (fig. 66) ; on peut, également, jeter un lacs sur chaque région malléolaire ; c'est toujours là une utile précaution, si l'on a quelque raison de croire à une extraction laborieuse. Les tractions que l'on va ainsi exercer sur les membres pelviens doivent répondre aux conditions suivantes :

α. Elles ne doivent avoir lieu qu'au moment des contractions utérines.

β. Elles seront aidées autant que possible par l'expression abdominale : un aide, à genoux sur le lit, à la droite de la femme, guette la venue des contractions et, au besoin, essaie de les faire naître par le massage utérin ; quand la contraction survient, il en avertit l'opérateur, qui tire pendant que lui-même pratique l'expression (Voy. p. 119). Ces deux premières prescriptions ont pour but de prévenir le relèvement des bras.

γ. Elles doivent être dirigées le plus en bas possible, presque dans le sens de la verticale.

δ. Les mains ne doivent saisir que les membres inférieurs : d'abord les jambes, puis les cuisses, les pouces prenant alors point d'appui sur les fesses ; *jamais elles ne doivent toucher l'abdomen ou le thorax*, sous peine de créer des déchirures viscérales ou de faire apparaître prématurément des mouvements inspiratoires.

3° *Le massif pelvien franchit le premier la vulve :* les mains qui tiennent les jambes s'en servent pour orienter le siège, de façon que le diamètre bitrochantérien du fœtus réponde au diamètre antéro-postérieur pubio-coccygien du bassin.

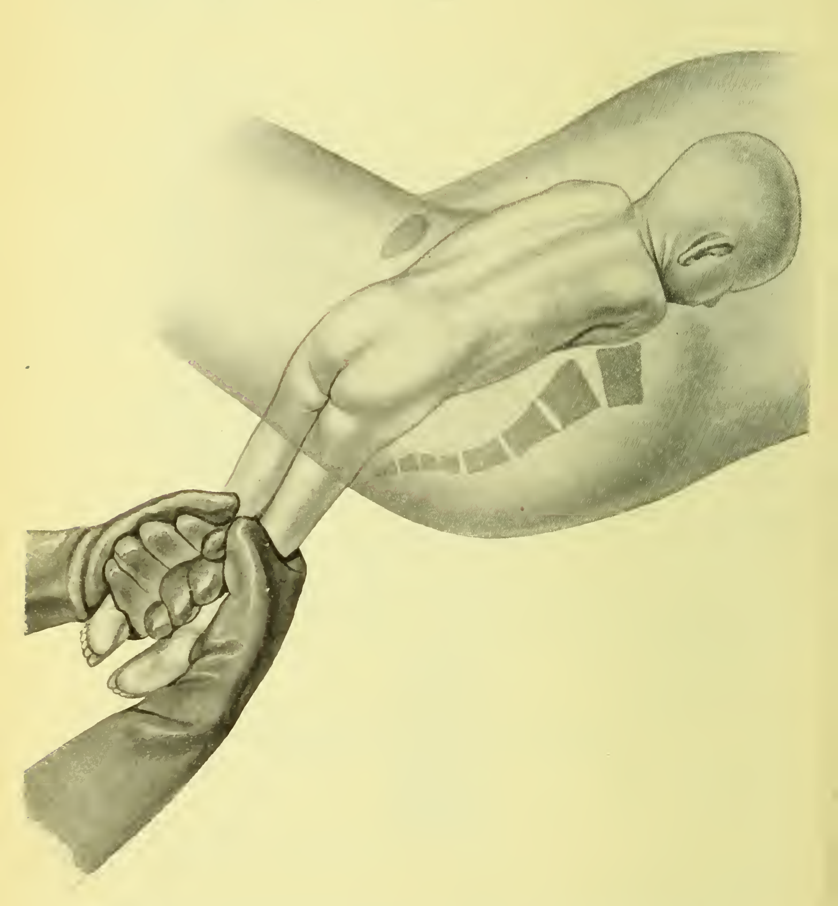


Fig. 66. — *Extraction podalique :* 2° tractions sur les membres inférieurs.

4° *Le tronc est extrait tout de suite après le siège*, grâce aux tractions que l'opérateur continue à exercer, toujours de haut en bas. Il importe, au plus haut point, pour ne pas déplacer les bras, de RESPECTER RIGOUREUSEMENT LA POSITION OCCUPÉE PAR LE DOS : est-il à gauche, il doit être maintenu, pendant toute l'extraction,

à gauche ; est-il à droite, il sera maintenu à droite. Les mains qui tiennent les membres inférieurs s'appliquent, simplement, à main-

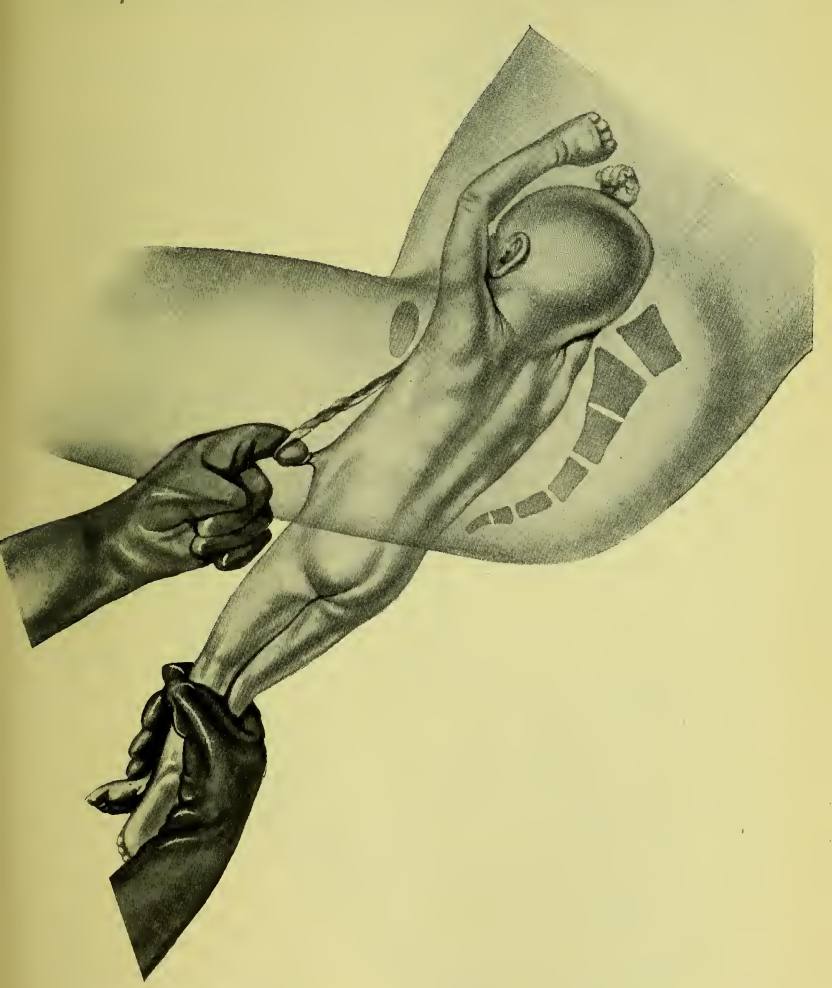


Fig. 67. — *Extraction podalique :* 3° sortie de l'abdomen ; anse faite au cordon.

tenir la position que le fœtus prend habituellement de lui-même, position telle que *son plan dorsal descend obliquement, en rasant la branche ischio-pubienne correspondante.* Si le dos, au lieu de regarder en avant et latéralement, était orienté en arrière et latéralement,

les mains lui imprimeraient, par l'intermédiaire des membres pelviens, un mouvement de rotation d'arrière en avant combiné aux tractions, de *façon à faire décrire au tronc un tour de spire de 45° environ*, qui le ramènera, finalement, dans la bonne direction. Cette manœuvre a pour but d'éviter la mauvaise orientation de la face lors de l'extraction de la tête dernière (Voy. plus loin).

5° *Quand l'ombilic apparaît à la vulve*, l'opérateur glisse l'index au-dessus du cordon et l'*attire en anse à l'extérieur* (fig. 67) pour prévenir sa brusque traction ultérieure. Si, par suite de quelques circulaires ou d'une brièveté naturelle, la tige funiculaire était fortement tendue, il faudrait la sectionner en deçà d'une pince et terminer rapidement l'accouchement.

6° *Le thorax est extrait*, comme l'abdomen, toujours par des tractions dirigées très en bas, les mains de l'opérateur n'appuyant que sur les cuisses et les fesses du fœtus.

B. **Extraction des épaules.** — Quand les bras ne se sont pas relevés au cours de l'extraction, la sortie des épaules ne prête à aucune considération spéciale : *il n'y a qu'à continuer à tirer en bas*, et le diamètre bisacromial se dégage sans peine. Quand, par contre, et ceci est la règle au cours de l'extraction podalique, les bras sont relevés, ce temps de l'accouchement devient toujours délicat et parfois particulièrement laborieux.

De l'abaissement des bras. — 1° *Supposons, d'abord, le cas facile.* — α. On commence par bien s'assurer que *le tronc fœtal est totalement extrait*, et que, par conséquent, c'est la région axillaire qui correspond à la vulve ; essayer d'abaisser les bras plus tôt, c'est aller délibérément à un échec.

β. Ceci fait, on va d'abord a la recherche du bras postérieur. — La main, qui dans une attitude intermédiaire à la pronation et à la supination regarde naturellement le dos du fœtus (main droite quand le dos est à gauche, main gauche quand le dos est à droite), s'insinue dans la concavité sacrée, tandis que l'autre main relève, la plus possible, au-devant du pubis, le tronc du fœtus, pour frayer le voie à celle qui opère (fig. 68). Celle-ci va placer l'index et le médius au-dessus du bras fœtal qu'il s'agit d'abaisser, *ces doigts étant autant que possible parallèles à la direction de l'humérus*, leur racine correspondant au moignon de l'épaule et la pulpe au pli du coude : de cette façon, ils ne risquent point, lors des tractions, de briser l'humérus, ce qui se ferait infailliblement s'ils l'attaquaient perpendiculairement à sa direction. Alors les doigts appuient sur le bras fœtal et l'abaissent doucement en le faisant « moucher le fœtus ».

γ. On abaisse ensuite le bras antérieur. — La même main qui tenait



Fig. 68. — *Extraction podalique :* 4° abaissement du bras postérieur.

les pieds très élevés les abaisse maintenant au maximum, ce qui

a souvent comme avantage de faire saillir, sous le pubis, le moignon de l'épaule ; la main qui avait abaissé le bras postérieur va,

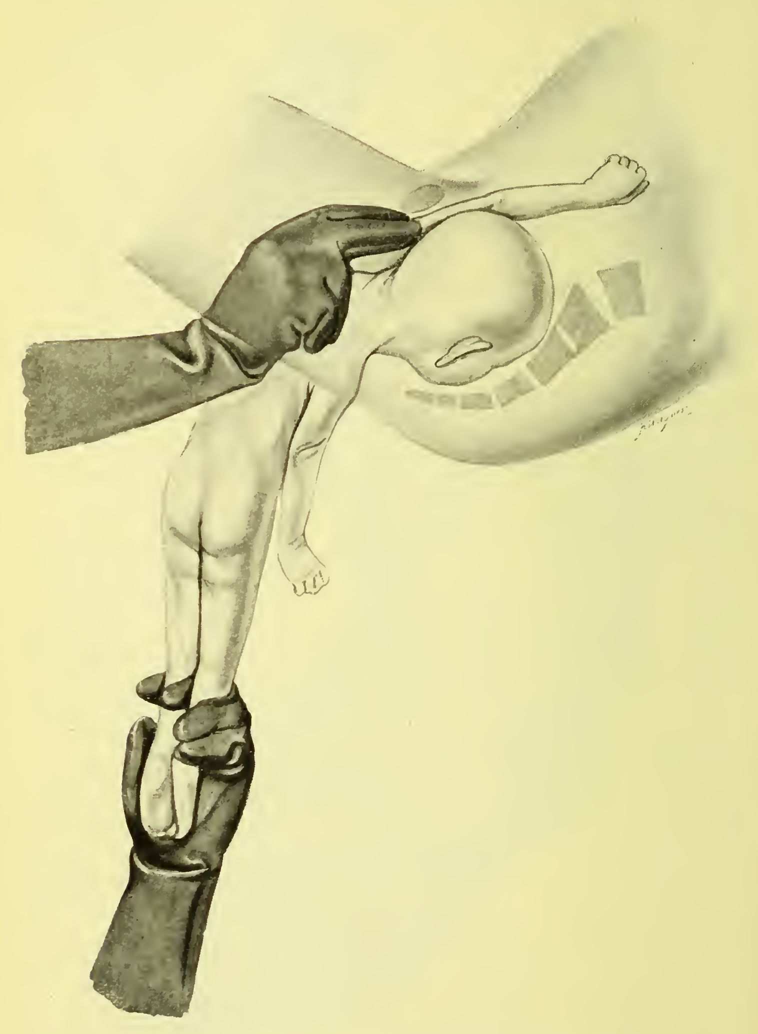


Fig. 69. — *Extraction podalique* : 5° abaissement du bras antérieur.

maintenant, répéter, pour le bras antérieur, mais plus aisément, exactement la même manœuvre (fig. 69).

Cette règle de l'abaissement, en premier, du bras postérieur, n'a rien d'absolu. Il est bien évident que, si l'antérieur est en train de se dégager spontanément, on en finit de suite avec lui; de même, si l'on échoue dans les tentatives d'abaissement du bras postérieur, on essaiera, au lieu d'insister outre mesure, de dégager l'antérieur.

2° *L'abaissement des bras peut être très laborieux*, et, en pratique, on peut se heurter à deux sortes de difficultés.

α. On atteint les bras, mais on ne réussit pas, en raison de leur direction très verticale, a les saisir parallèlement a leur direction : substituons, à la main dont la paume regarde le dos fœtal, l'autre main; celle-ci va jeter sur le bras fœtal *ses quatre grands doigts juxtaposés*; elle réussira, ainsi, à l'abaisser sans le fracturer. Enfin, si l'on sent qu'il n'y a pas d'autre moyen d'abaisser le bras, *fracturons-le résolument* : une fracture de l'humérus, lésion vite réparée chez le nouveau-né, ne saurait être mise en balance avec la vie d'un fœtus!

β. On n'atteint pas les bras. — *Reprenons d'abord les tractions*, et abaissons encore plus à fond le tronc fœtal; si, malgré tous nos efforts, le diamètre biacromial reste inaccessible, ayons, en désespoir de cause, recours à la *méthode de Müller*, qui consiste à *extraire les épaules, les bras restant relevés*. Cette méthode comprend trois temps : 1° on reporte d'abord le tronc fœtal très en bas et très en arrière, de façon à amener l'épaule antérieure sous la symphyse; 2° on relève, au maximum, le tronc, en exerçant des tractions continues jusqu'à ce que le bras postérieur se soit dégagé spontanément; 3° enfin on abaisse de nouveau le tronc, et on voit ainsi apparaître, à la vulve, le bras antérieur.

C. **Extraction de la tête dernière.** — Quand tout est normal, et c'est le cas habituel, l'extraction de la tête dernière se fait par la *manœuvre de Mauriceau* (Voy. p. 109); mais il peut surgir de nombreuses difficultés. Les unes tiennent à la mère : il s'agit soit d'un rétrécissement du bassin (Voy. p. 199), soit d'une rétraction de l'anneau de Bandl (Voy. p. 188); les autres proviennent d'une mauvaise situation de la tête, dont l'occiput a tourné en arrière, ou qui s'est défléchie. Parfois, enfin, l'occiput est bien en avant, mais la tête est trop volumineuse, du moins pour franchir un col peut-être imparfaitement dilaté ou un périnée anormalement résistant.

1° L'occiput est en avant, la tête est fléchie. — Après échec de la manœuvre de Mauriceau, on s'efforce de se rendre compte de l'obstacle ;

α. *La tête est retenue par le col.* — Le plus simple est de débrider

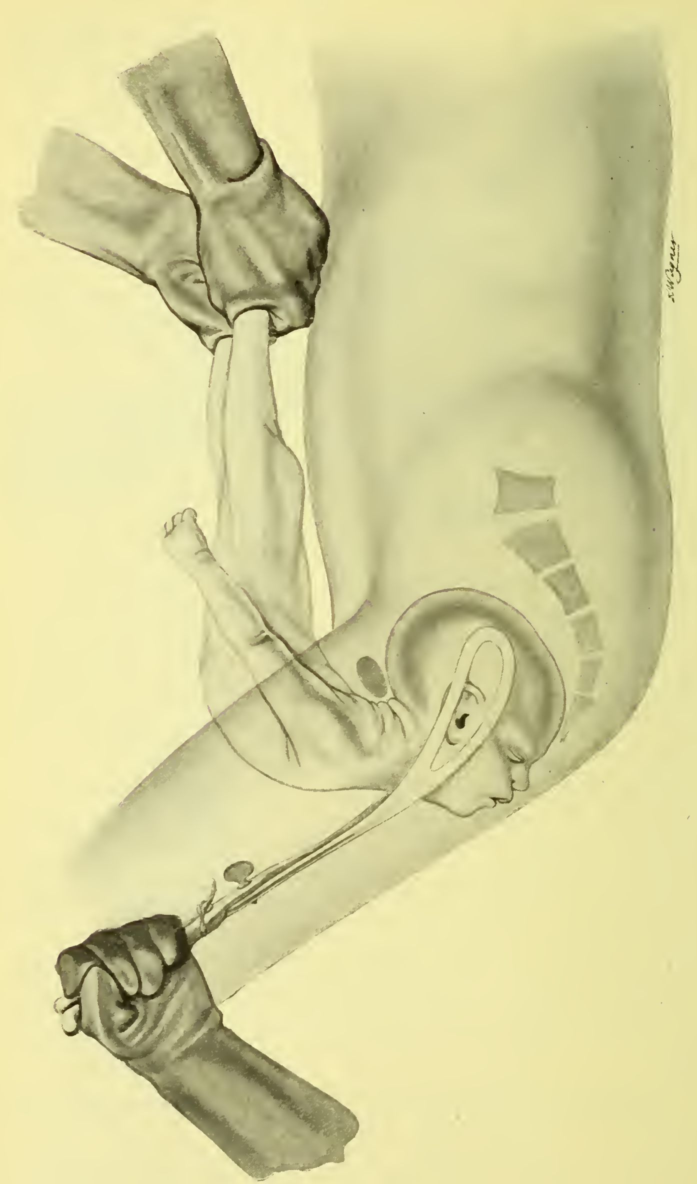


Fig. 70. — *Extraction au forceps* de la tête dernière.

l'anneau cervical au moyen de *deux petites incisions* (Voy. p. 176) dirigées obliquement en avant et latéralement.

β. *La tête est retenue par le périnée.* — Il n'y a qu'à *appliquer le forceps*, cet instrument ayant toujours été préparé, à la portée de la main de l'opérateur, au début de toute extraction podalique.

Technique de l'application de forceps sur la tête dernière. — C'est une intervention très facile qui peut être et qui doit être menée promptement. L'aide, à genoux sur le lit, saisit le fœtus par les pieds et relève le corps, le plus possible, au-devant du pubis, présentant ainsi à l'opérateur le plan ventral de l'enfant, suivant lequel va être appliqué l'instrument (fig. 70).

a. La branche gauche saisie de la main gauche et guidée sur la main droite, comme à l'ordinaire (Voy. p. 122), est introduite le long de la joue droite du fœtus.

b. La branche droite, tenue de la main droite, et guidée sur les doigts gauches, est ensuite introduite le long de la joue gauche.

c. On articule et on place le tracteur.

d. Les tractions sur le tracteur permettent à la tête de se dégager suivant ses diamètres sous-occipito-mentonnier, nasal, frontal et bregmatique. Dès que la bouche est à l'extérieur, l'enfant a la possibilité de respirer ; on finira donc l'extraction avec lenteur, de façon à ménager autant que possible le périnée.

2° L'occiput est en arrière, la tête est fléchie. — Trois moyens seront essayés successivement :

α. *On tente la manœuvre de Mauriceau à l'envers.* — On agit exactement comme quand l'occiput est en avant, avec cette différence que, au lieu de relever le tronc du fœtus et de tirer la bouche en haut, *on abaisse le tronc et on exerce de haut en bas les tractions buccales.*

β. *On essaie de convertir la position postérieure en antérieure grâce à la manœuvre de La Chapelle.* — La main est introduite dans le vagin, derrière l'occiput, qu'elle contourne d'arrière en avant, afin d'atteindre la commissure labiale ; deux doigts sont alors placés dans la bouche et exercent sur cette commissure et sur la joue correspondante des tractions destinées à ramener le menton en arrière et l'occiput en avant. Ceci fait, on termine classiquement par la manœuvre de Mauriceau.

γ. *Après échec de cette tentative de rotation, on applique le forceps.* — Le forceps va être appliqué, comme lorsque l'occiput est en avant, avec cette différence que l'instrument, qui doit toujours suivre le plan ventral du fœtus, passe cette fois-ci par-devant et non plus par-dessous le tronc de l'enfant. On laisse donc

le corps fœtal pendre à la vulve ; au besoin, l'aide le saisissant par les pieds, l'attire en bas et en arrière. L'opérateur place :

1° La branche gauche, tenue de la main gauche et guidée sur la main droite, le long de la joue gauche du fœtus ;

2° La branche droite, tenue de la main droite et guidée sur la main gauche, le long de la joue droite du fœtus ;

3° On articule et on place le tracteur ;

4° Les tractions vont être dirigées *en bas*, de façon à dégager la tête, d'avant en arrière, suivant ses diamètres sous-occipito-mentonnier, nasal, frontal et bregmatique.

3° L'OCCIPUT EST EN ARRIÈRE, LA TÊTE EST DÉFLÉCHIE. — Dans ce cas, de beaucoup le plus défavorable, la bouche de l'enfant se trouve au-dessus de l'arc pubien. LE MIEUX SERAIT DE POUVOIR RAMENER LA FACE EN ARRIÈRE. On y arrive, parfois, en introduisant une main dans les voies génitales et en appuyant fortement, de gauche à droite, ou de droite à gauche, suivant le cas, sur la région mastoïdienne, tandis que l'aide, agissant par des manœuvres externes, repousse en sens inverse le maxillaire inférieur, que l'on sent au-dessus de l'arc du pubis. Si l'on est assez heureux pour réussir, de cette manière, à ramener la bouche en arrière, il devient alors aisé d'y introduire les doigts pour fléchir la tête et finir, classiquement, par la manœuvre de Mauriceau (Voy. p. 109). Si l'on échoue, il faut recourir à la *manœuvre de Prague*.

Technique de la manœuvre de Prague. — L'opérateur saisit, de la main gauche, les deux pieds réunis du fœtus, et il place l'index et le médius droits en bretelles sur les épaules. L'extraction va se faire en deux temps :

1° Les deux mains agissant simultanément attirent fortement le fœtus *en bas et en arrière*, de façon à bien engager la tête (fig. 71) ;

2° Ensuite on relève, tout en maintenant la traction, le corps fœtal (fig. 72), comme pour le coucher par-dessus le pubis, sur le ventre de la mère; la tête, dans ce mouvement, se dégage donc suivant ses diamètres sous-mento-occipital, bregmatique, frontal et nasal.

Cette manœuvre, qui ne saurait être qu'un pis aller, expose le fœtus et la femme à de graves traumatismes. Quand elle échoue, ou quand l'enfant a succombé, il n'y a plus qu'à recourir à la PERFORATION DE LA TÊTE DERNIÈRE (Voy. p. 203).

II. **Extraction artificielle du siège décomplété mode des fesses**. — Une indication d'intervenir se présentant : inertie utérine, défaut de progression de la présentation, souffrance de la

mère ou du fœtus, la conduite va différer suivant l'étage de la filière pelvienne où se trouve le siège; mais il est bien entendu que, quel que soit le cas, *la dilatation doit être complète* avant toute tentative

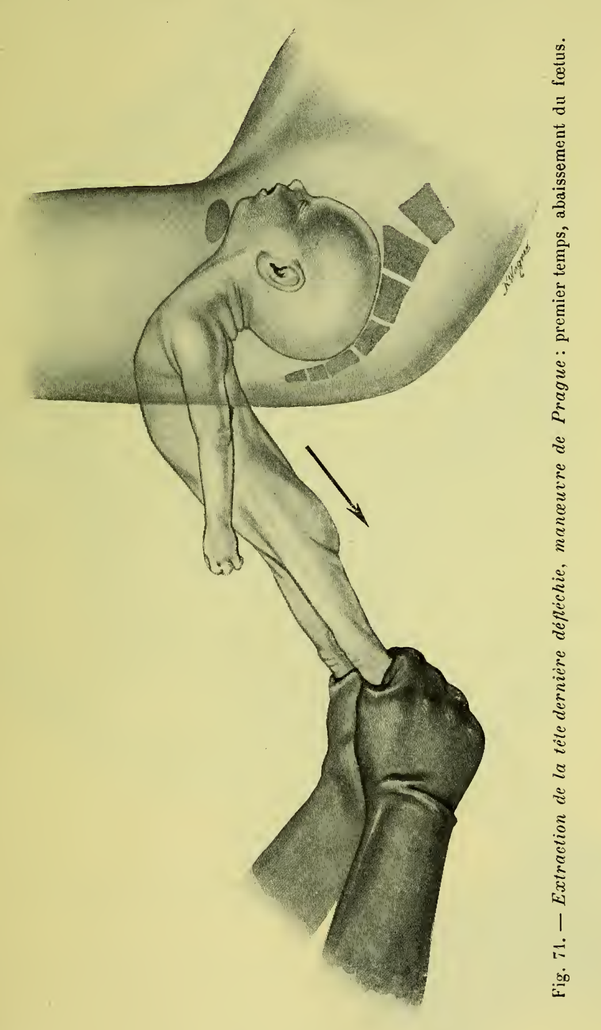


Fig. 71. — *Extraction de la tête dernière défléchie, manœuvre de Prague* : premier temps, abaissement du fœtus.

d'extraction ; on la compléterait au besoin (Voy. p. 53). La femme est mise en position obstétricale et anesthésiée s'il est possible.

A. ***Le siège est au détroit supérieur.*** — C'est, ici encore, en

utilisant les membres inférieurs du fœtus comme tracteurs, que l'on

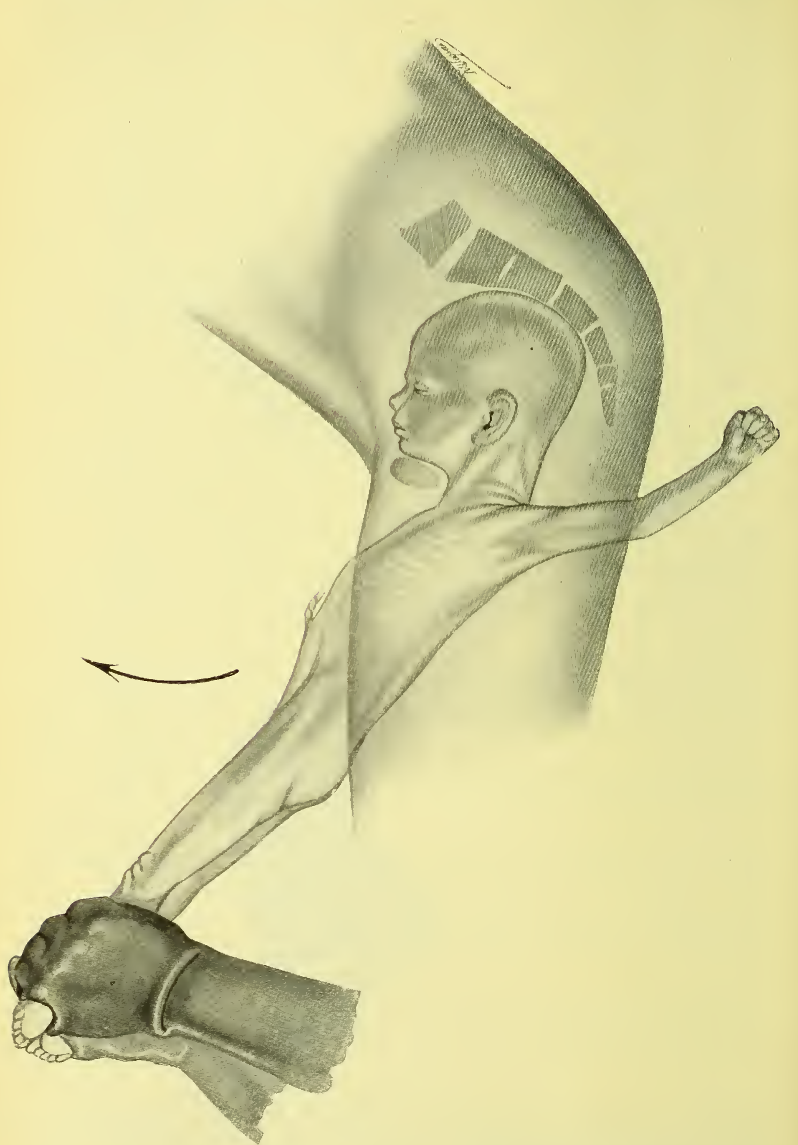


Fig. 72. — *Extraction de la tête dernière défléchie, manœuvre de Prague :* deuxième temps, élévation du fœtus.

va pouvoir extraire le siège ; mais la difficulté provient de ce que

les pieds sont loin de la main de l'opérateur ; il faut donc aller les chercher *in utero*.

La **technique de l'abaissement du pied** est la suivante : l'opérateur, placé en face de la parturiente, introduit dans les voies génitales (fig. 73) la main dont la face palmaire regarde naturelle-

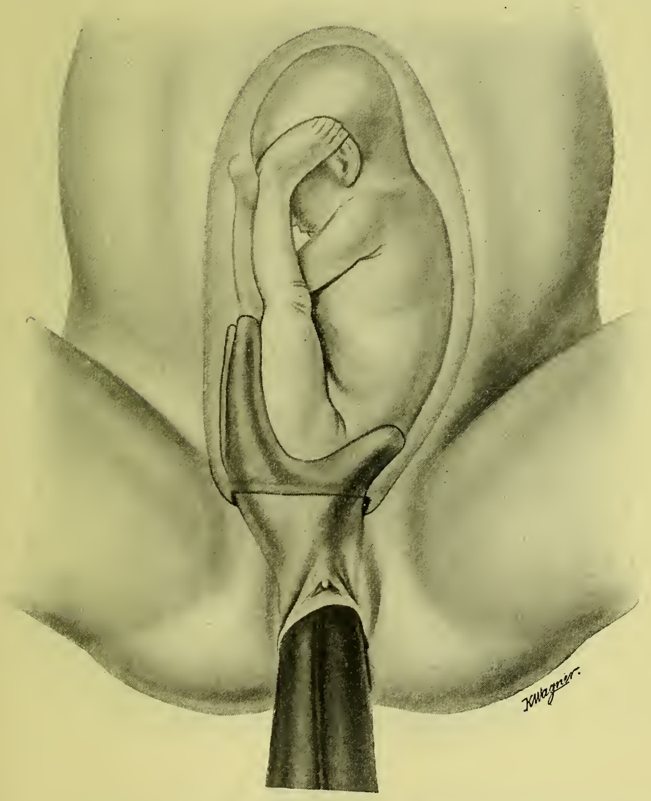


Fig. 73. — *Extraction du siège mode des fesses, au détroit supérieur, par abaissement des pieds :* premier temps, recherche des membres inférieurs.

ment le plan ventral du fœtus : main gauche dans les sacro-iliaques gauches ; main droite dans les sacro-iliaques droites. Cette main chemine le long de la cuisse antérieure de l'enfant, *jusqu'à ce que les doigts atteignent le creux poplité*. Pendant ce temps, l'autre main, s'appuyant au travers de la paroi abdominale, sur le fond de l'utérus, immobilise solidement cet organe. L'index et le médius appuient for-

tement sur le creux poplité en même temps qu'ils portent la cuisse en abduction ou, si l'on n'y réussit pas, en adduction; la jambe se fléchit et devient accessible à la main de l'opérateur qui la saisit où il peut (fig. 74), soit en dessous du genou, soit mieux encore au niveau



Fig. 74. — *Extraction du siège mode des fesses, au détroit supérieur, par abaissement des pieds :* deuxième temps, prise de la jambe antérieure, puis abaissement.

des malléoles. La meilleure prise consiste à enserrer la région malléolaire entre l'index d'une part et les autres doigts de l'autre, le pouce reposant sur le tendon d'Achille. Ainsi saisi, le pied est entraîné hors de la vulve et muni d'un lacs.

Le pied antérieur — *le bon pied* — est abaissé. On pourrait s'en tenir là; mais *il est mieux d'aller chercher l'autre pied*, ce qui permettra d'exercer des tractions bipodaliques. Ceci est particulièrement indiqué si l'on avait abaissé, en premier lieu, le pied postérieur — *le mauvais pied.*

Les deux pieds étant abaissés, le reste de l'intervention ne diffère plus en rien de ce qu'elle était en cas de siège complet (Voy. p. 149).

B. **Le siège est dans l'excavation.** — *C'est là le cas difficile.* Le siège mode des fesses ne se prête pas, comme un sommet, à une application efficace du forceps ; il n'offre pas, à la portée de la main de l'accoucheur, les tracteurs podaliques du siège complet. Comment donc le faire progresser lorsqu'on n'a pas pris la précaution, avant que la présentation ne s'enclave dans l'excavation, d'abaisser prophylactiquement un pied (Voy. p. 161) ? Distinguons plusieurs cas bien différents.

1° **Le siège est engagé, mais peu profondément : on peut le refouler vers le détroit supérieur.** — C'est le cas le plus facile ; profitons donc de cette possibilité de mobilisation de la présentation *pour nous remettre dans les conditions précédentes.* La main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus s'introduit dans le vagin ; elle va empaumer entre ses doigts disposés en cupule le siège fœtal, et, *dans l'intervalle de deux contractions*, le repousser vers le détroit supérieur. Ceci fait, cette même main procède *à l'abaissement des pieds*, comme il a été dit plus haut. Un premier échec serait suivi d'une ou de deux autres tentatives ; si, malgré tout, on ne parvient pas à débloquer le siège, on agira comme dans le cas suivant.

2° **Le siège est profondément engagé : on ne peut songer à le refouler vers le détroit supérieur.** — Ici, toutes les difficultés sont accumulées : ce qui rend toute intervention laborieuse, c'est le manque de place entre les parties fœtales et les tissus maternels qui s'y appliquent étroitement. On aura successivement recours aux moyens suivants :

a. On tentera d'abord des tractions digitales sur les aines. — L'index, introduit derrière l'arc antérieur du bassin, essaye de s'insinuer d'avant en arrière dans l'aine antérieure du fœtus : l'autre main se glissant au devant du sacrum, tente d'atteindre d'arrière en avant l'aine postérieure (fig. 75). Une fois en place, les deux mains vont, au moment des contractions utérines, exercer des tractions dont on renforcera l'action par une puissante expression abdominale. Quand on a pu atteindre les deux aines, cette méthode réussit habituellement : malheureusement, l'aine postérieure reste, en général, inaccessible ; les tractions sur

l'aine antérieure deviennent, de ce fait, impuissantes, et il faut recourir à d'autres moyens.

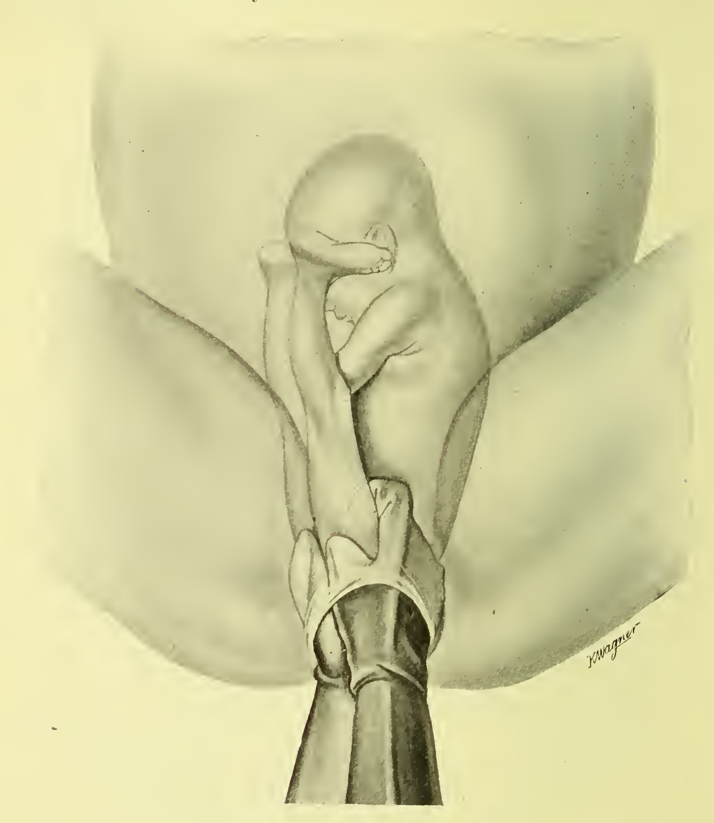


Fig. 75. — *Extraction du siège, mode des fesses, dans l'excavation*, par tractions inguinales.

b. On essaiera ensuite les tractions a l'aide des lacs et du forceps. — Ici, les conditions diffèrent suivant que le siège est en sacro-antérieure ou en sacro-postérieure.

α. *Le siège est en sacro-antérieure.* — Dans ce cas, les lacs suffisent et ne sont que peu dangereux pour les parties fœtales. Comme lacs, on se servira soit d'un ruban de fil, soit mieux d'une mèche de lampe, ou d'une mèche de fumeur, que l'on stérilise par ébullition.

C'est dans l'aine antérieure qu'il s'agit de placer le lacs (fig. 76) ;

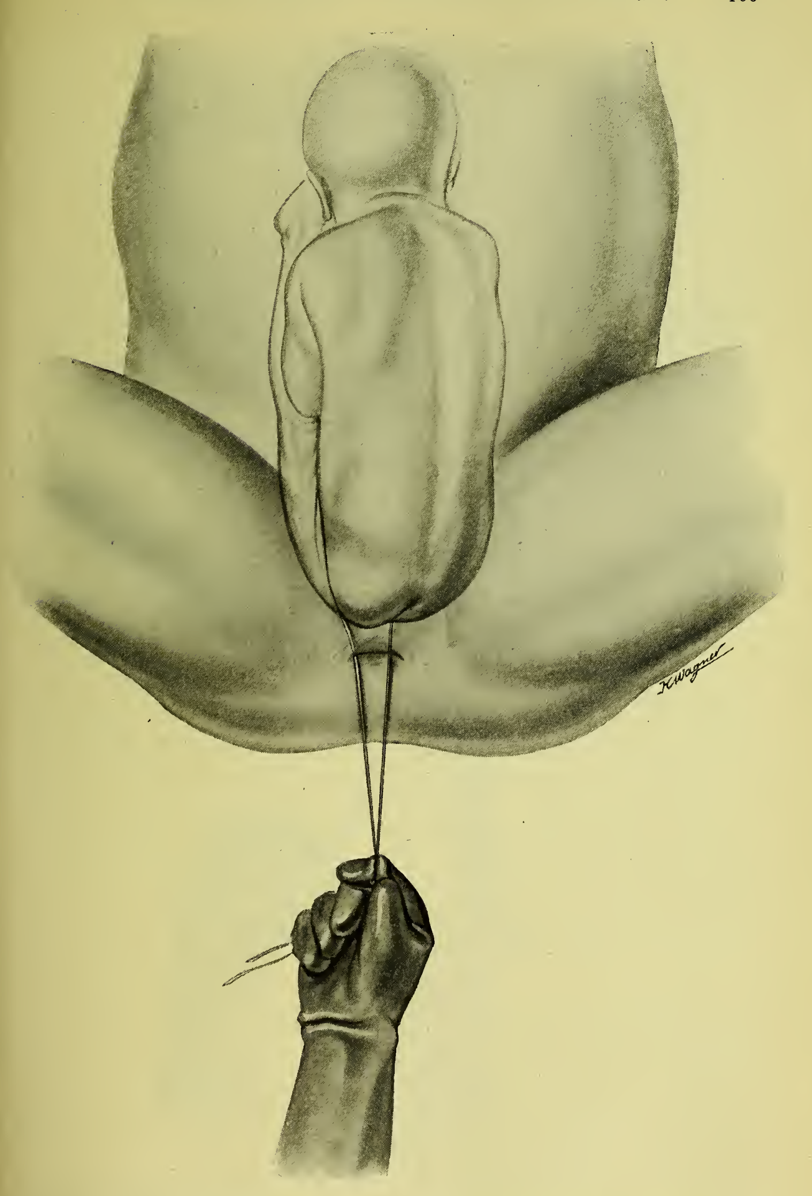


Fig. 76. — *Extraction du siège, mode des fesses, dans l'excavation,* en sacro-antérieure : lacs sur l'aine

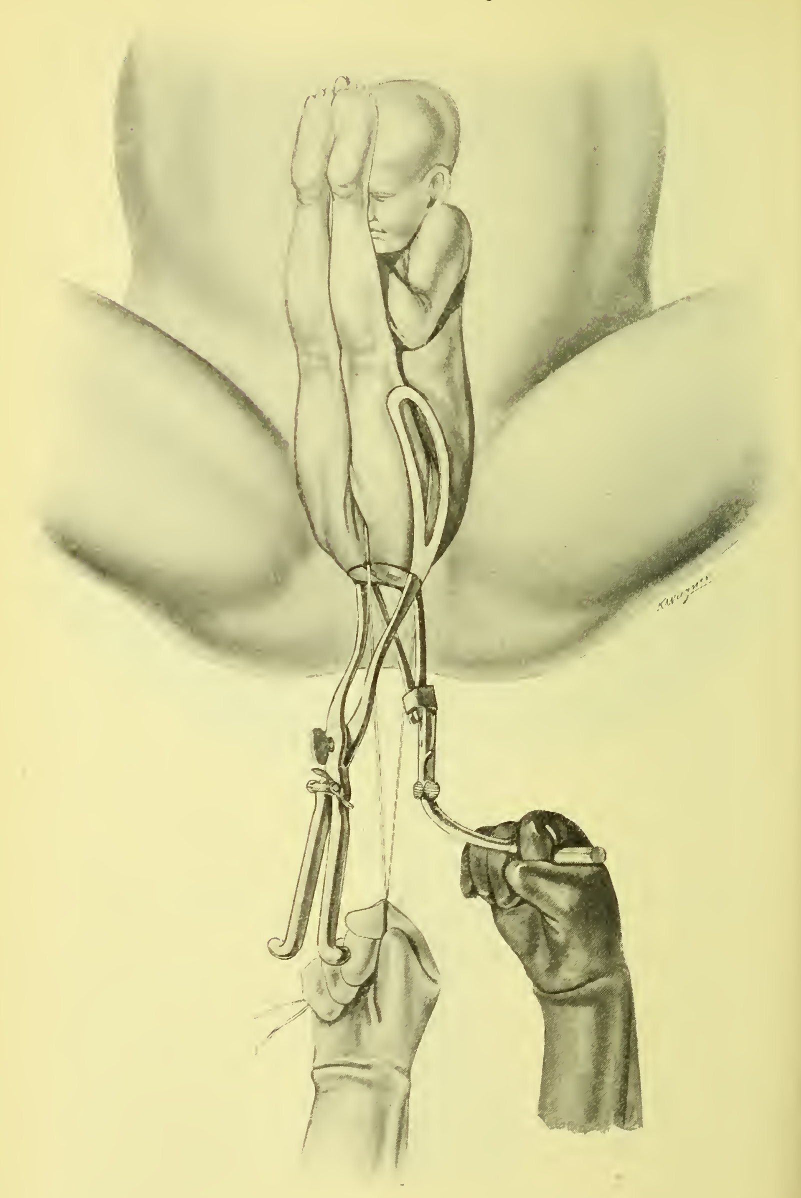


Fig 77. — *Extraction du siège, mode des fesses, dans l'excavation*, en sacro-postérieure: forceps et lacs.

la difficulté est d'y parvenir. L'index et le médius, saisissant le chef initial du lacs, le porte entre l'arc antérieur du bassin et la hanche antérieure du fœtus, en s'efforçant de le glisser le plus loin possible dans le pli de l'aine; l'autre main s'insinue alors entre les cuisses du fœtus et va essayer d'accrocher l'extrémité du lacs, qu'elle attire alors à la vulve. Quand on échoue, on peut s'y prendre comme le conseille Maygrier : on insinue le lacs entre les deux cuisses, on en entasse en cette région une certaine longueur ; ceci fait, l'index, se glissant entre le pubis et la hanche antérieure, s'insinue dans le pli inguinal antérieur et va accrocher le lacs. Enfin on peut encore porter le lacs *à l'aide d'un clamp courbe*, ou le saisir, après l'avoir glissé dans l'aine au moyen de ce même clamp courbe, quand les doigts n'arrivent pas à l'abaisser. Toutes ces manœuvres sont laborieuses ; il faut savoir s'armer de patience.

Une fois placé, le lacs sert de tracteur ; on agit avec lui comme s'il s'agissait des membres pelviens (Voy. p. 149). D'ailleurs, dès que ces derniers sont accessibles, on va les chercher de façon à réduire au minimum les tractions exercées sur les lacs. L'expression abdominale doit toujours faire une partie de la besogne.

β. *Le siège est en sacro-postérieure.* — Toute traction un peu forte exercée sur le lacs risque, en pareil cas, de briser le fémur. On va donc lui demander très peu et suppléer à son insuffisance par une *application de forceps* (fig. 77).

Le forceps s'applique sur le siège mode des fesses exactement d'après les mêmes principes que sur le sommet (Voy. p. 122); il s'agit de faire une *prise bitrochantérienne* : la branche gauche, tenue de la main gauche guidée par la main droite, est introduite d'abord à gauche, sur la partie fœtale correspondante ; en second lieu, la branche droite, tenue de la main droite guidée par la main gauche, est introduite à droite, en une région diamétralement opposée à la première ; on articule, et on place le tracteur (Voy. p. 126). Pendant les contractions, et tandis qu'un aide pratique l'expression abdominale, on tire *sur le lacs, faiblement et très en arrière, sur le forceps fortement et en avant.*

c. Après échec de tous ces moyens, force est de recourir au cranioclaste. — C'est d'ailleurs par là que l'on aurait commencé si le fœtus, très volumineux, avait succombé avant l'intervention. Le cranioclaste est appliqué suivant les mêmes principes que sur l'extrémité céphalique (Voy. p. 267). La branche mâle est introduite dans l'anus (fig. 78) et la branche femelle posée sur le sacrum du fœtus ; la prise est solide, et les tractions exercées avec l'instrument parviennent facilement à abaisser le siège. On pourrait,

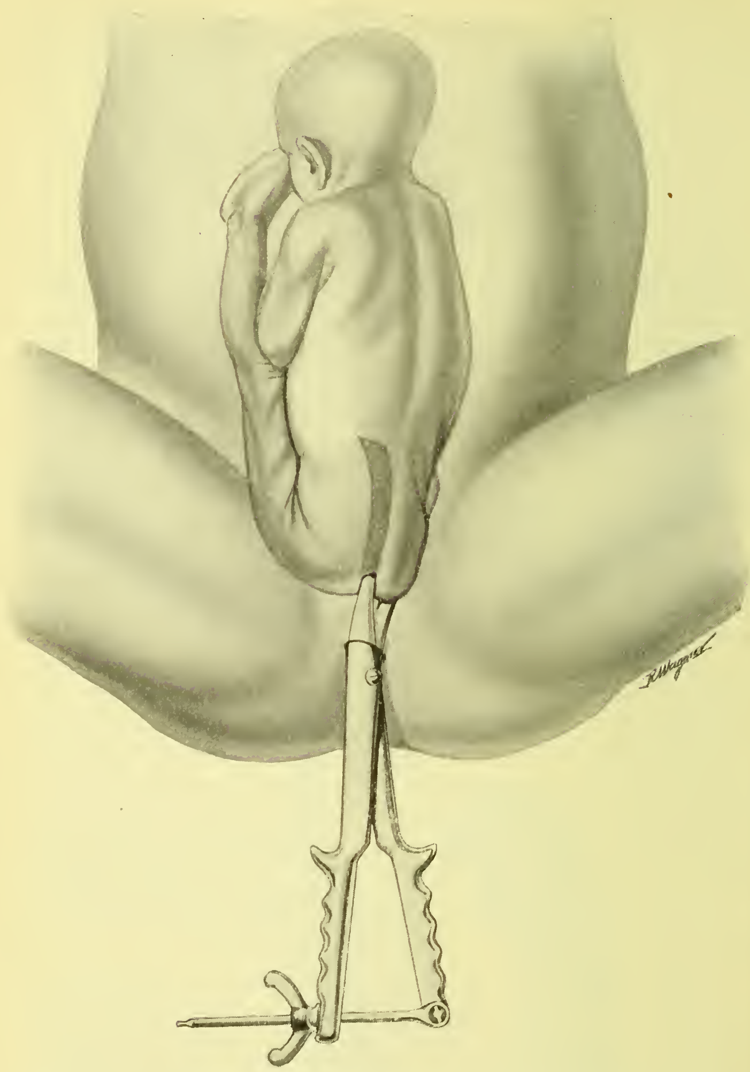


Fig. 78. — *Extraction du siège, mode des fesses, l'enfant étant mort :* cranioclasie sur le siège.

au besoin, exercer en outre des tractions inguinales, en plaçant un *crochet mousse* dans l'aine antérieure (fig. 79).

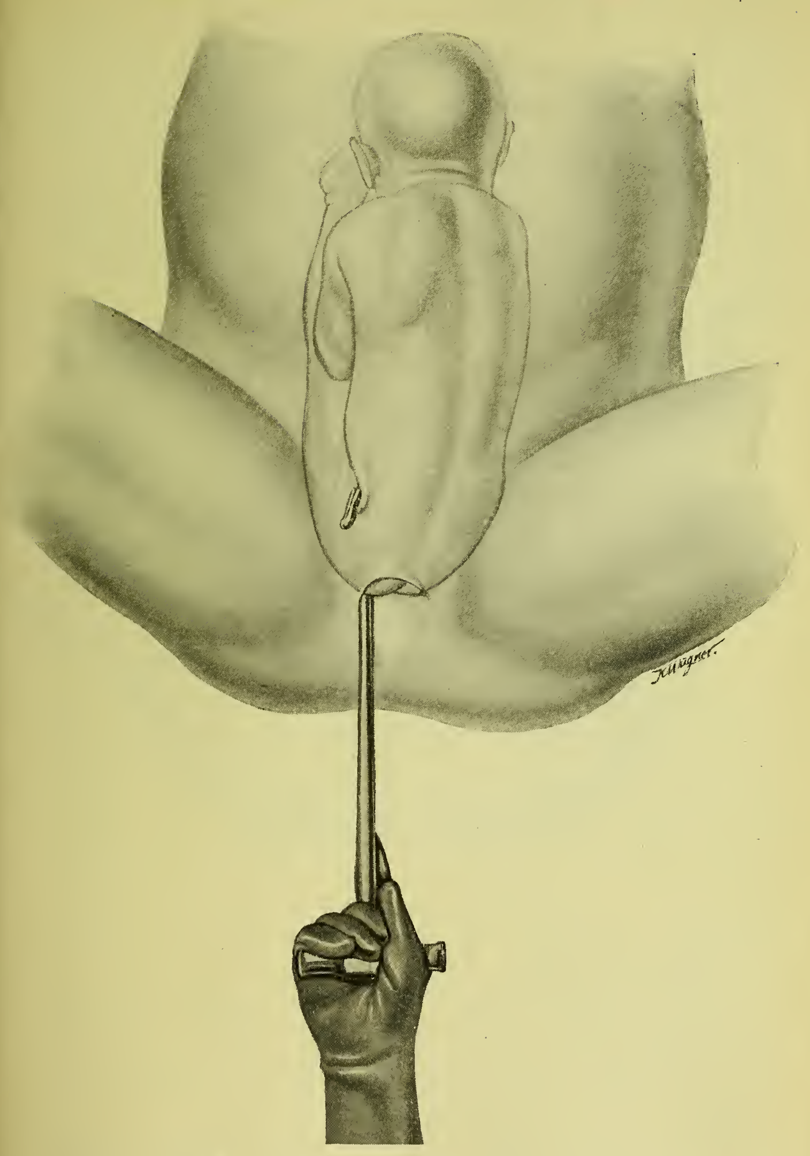


Fig. 79. — *Extraction du siège, mode des fesses, l'enfant étant mort* : tractions inguinales au crochet.

C. *Le siège est au détroit inférieur.* — Dans ce cas, l'intervention est aisée. Il est facile, en effet, d'atteindre les aines et d'exercer des TRACTIONS INGUINALES A L'AIDE DES DOIGTS. Quand l'aine antérieure est seule accessible, on l'accroche avec les deux index, l'un glissant en avant, l'autre en arrière : ce double crochet digital offre une prise très solide.

Quand les fesses se sont dégagées hors de la vulve, la main s'insinue entre les cuisses du fœtus et, s'appuyant contre la cuisse antérieure, les porte en *abduction*, ce qui a pour résultat d'abaisser le pied correspondant ; on pourrait alors, si le fœtus progressait avec peine, exercer des tractions podaliques (Voy. p. 149).

§ 2. — IL Y A OBSTACLE A LA SORTIE DU FŒTUS.

Lassant de côté les tumeurs, qui feront l'objet d'un chapitre à part (Voy. p. 257), nous ne nous occuperons ici que des obstacles relevant d'une étroitesse primitive ou acquise, d'une insuffisance de perméabilité, de l'une quelconque des parties que doit traverser le fœtus pour sortir du corps utérin. En allant du simple au complexe, du cas aisé au cas laborieux, nous envisagerons successivement l'obstacle tenant à la vulve et au périnée, au vagin, au col et à l'utérus lui-même.

I. — ÉTROITESSE ET RÉSISTANCE VULVO-PÉRINÉALE.

Quand, la présentation appuyant bien sur le plancher pelvien, l'expulsion traîne indéfiniment en longueur, la mère s'épuise, le fœtus risque de souffrir, les tissus sont contusionnés, œdématiés et prédisposés ainsi à la déchirure et à l'infection consécutive. Il faut, après un temps que l'on a évalué en moyenne à deux heures à dater du début de l'expulsion, mais qui, dans la pratique, est essentiellement variable avec chaque cas, terminer artificiellement l'accouchement : *par application de forceps* (Voy. p. 120) s'il s'agit d'une présentation céphalique, *par extraction podalique* (Voy. p. 149) si l'on a affaire à un siège.

Il est bien entendu que, au préalable, on aura essayé l'*expression abdominale* (Voy. p. 119). Remarquons que, l'enfant et la mère étant bien portants, *il ne faut jamais se hâter d'intervenir* : même si l'événement prouve qu'il y a eu nécessité à terminer artificiellement, le temps que l'on a mis à faire pousser la femme est loin d'être perdu : peu à peu la région vulvo-périnéale a été distendue, assouplie, massée en quelque sorte, et l'extraction artificielle qui va suivre risque moins de produire quelque déchirure étendue.

Quand il est manifeste, soit au cours d'une expulsion spontanée, soit au cours d'une application de forceps, que le périnée va se déchirer largement, *comme il importe de ne pas laisser la lésion gagner l'anus*, il faut délibérément faire la part du feu et débrider la vulve par *épisiotomie*.

Technique de l'épisiotomie. — C'est la plus simple des interventions : la femme étant en position obstétricale, anesthésiée ou non, car les tissus surdistendus ont perdu toute sensibilité, on saisit, entre les lames entr'ouvertes d'une forte paire de ciseaux droits, la

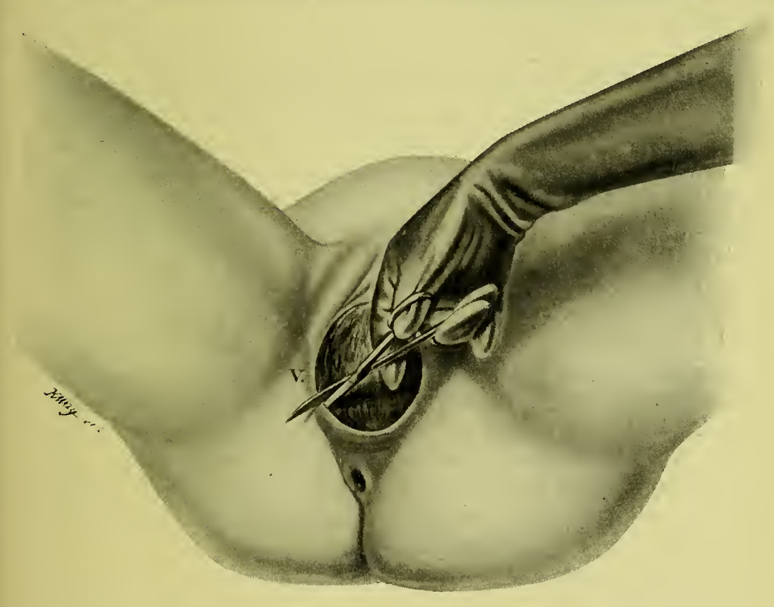


Fig. 80. — *Épisiotomie.*

vulve, et on la sectionne sur une longeur de 3 à 5 centimètres (fig. 80). Cette incision faite à gauche ou à droite, *ad libitum*, part environ du tiers inférieur de la vulve et se dirige obliquement en bas et en dehors ; elle ne doit jamais être faite sur la ligne médiane, car ce serait créer la lésion qu'il s'agit précisément d'éviter. Ce débridement fait, on termine l'accouchement, et, après la délivrance, on répare la brèche que l'on a faite : deux à quatre crins de Florence, passés avec l'aiguille courbe de Reverdin, rappprochent bien exactement les deux lèvres de la plaie ; le premier est posé près de l'extrémité externe de l'incision et le dernier au niveau de l'orifice

vulvaire. Ces fils seront retirés le neuvième jour. Les soins consécutifs ne diffèrent en rien de ceux qui doivent suivre toute périnéorraphie.

De la double épisiotomie. — Si la vulve était particulièrement étroite, ou le fœtus particulièrement volumineux, on ferait une *double épisiotomie*, l'une à droite, l'autre à gauche et symétriquement disposées; ceci permettrait au périnée de se rabattre, en bas, comme un volet. La restauration s'opère ensuite comme dans le cas précédent. Il est peut-être logique de substituer cette épisiotomie bilatérale, à l'épisiotomie unilatérale.

II. — ÉTROITESSE OU RÉTRÉCISSEMENT DU VAGIN.

I. — Étroitesse simple du vagin.

A. **Le vagin est étroit, mais l'accouchement par les voies génitales semble possible.** — Pendant la grossesse, il n'y a qu'à s'abstenir de tout traitement; on aura soin simplement de faire faire, surtout pendant les derniers mois, des injections vaginales biquotidiennes, à l'eau oxygénée ou à la liqueur de Labarraque (Voy. p. 386), de façon à bien mettre ce canal en état d'asepsie. Quand la femme est en travail, il est bon, surtout si le fœtus paraît assez volumineux, de procéder *à une dilatation préalable du vagin* : dans les deux à trois heures qui précèdent la dilatation complète, on place dans le vagin un *ballon de Champetier* (Voy. p. 50) ; quand la femme est prise d'efforts d'expulsion, on retire ce ballon, *sans le dégonfler* : c'est là, en quelque sorte, un premier accouchement, qui facilite la sortie de la présentation ; celle-ci se fait soit spontanément, soit par une application de forceps (Voy. p. 120).

B. **L'atrésie vaginale semble mettre manifestement obstacle à l'accouchement.** — Ce cas, d'ailleurs exceptionnel, constitue une indication formelle d'*opération césarienne*, *conservatrice* (Voy. p. 212) s'il n'y a aucun signe d'infection, *mutilatrice* (Voy. p. 223) dans le cas contraire.

II. — Brides et rétrécissements vaginaux.

A. **Le rétrécissement n'est qu'un simple diaphragme.** — Attendons la dilatation complète; si l'obstacle n'a pas disparu spontanément, *rien n'est plus simple que d'inciser ce diaphragme*, à droite et à gauche, soit aux ciseaux courbes, soit au bistouri boutonné; pour opérer commodément, on a soin de mettre la femme en position obstétricale et d'écarter les parois vaginales à l'aide de deux

larges valves placées l'une en avant et l'autre en arrière. Il n'y a rien à pincer, rien à lier et surtout rien à suturer. Si, par hasard, la plaie saigne, il est aisé, une fois la délivrance terminée, de pratiquer un tamponnement vaginal (Voy. p. 364).

B. **Le rétrécissement est formé par des brides irrégulières transversales ou longitudinales.** — On arrive, d'habitude, *à les détruire au doigt* ou aux ciseaux, le travail étant au voisinage de la dilatation complète. Si les brides sont très étendues, très tenaces, qu'elles incorporent le col dans le tissu cicatriciel, il est illusoire de songer à les détruire, et, de toute nécessité, il faut pratiquer l'*opération césarienne mutilatrice* (Voy. p. 223). Conserver l'utérus est, en effet, dangereux en pareil cas.

C. **Le rétrécissement annulaire s'étend sur une hauteur de plusieurs centimètres.** — S'il est très prononcé, très étendu, le mieux est, ici encore, de recourir à la césarienne ; plus limité, moins serré, on peut songer à le dilater, soit manuellement, soit par la pose d'un ballon (Voy. p. 50), soit même par des débridements longitudinaux et latéraux.

III. — OBSTACLE TENANT AU COL.

I. — Déviation du col au cours de l'accouchement.

Les déviations légères se corrigent d'elles-mêmes au cours du travail ; seules persistent les déviations particulièrement prononcées. Qu'il s'agisse d'une déviation en avant ou en arrière, le point intéressant de la conduite à tenir consiste à *porter un diagnostic exact*, et à ne pas prendre pour la présentation coiffée des membranes ce qui n'est que le segment inférieur extrêmement distendu. Un toucher manuel, profond, attentif, au besoin sous anesthésie, doit toujours permettre de reconnaître la nature de l'obstacle. Ceci dit, le traitement est simple : *il s'agit de ramener le col dévié au centre de l'excavation.*

A. **Le col est dévié en arrière.** — C'est le cas habituel. On fait surélever le bassin de la femme, en glissant sous les fesses un fort drap de siège ; la parturiente est placée, pour plus de commodité, en position obstétricale. La main droite introduit l'index et le médius dans le cul-de-sac postérieur, à la recherche du col ; quand les doigts atteignent l'orifice cervical, ils l'accrochent au niveau de sa portion antérieure et l'attirent le plus en avant possible. Les doigts sont laissés en place durant une ou deux contractions ; ensuite, ils aban-

donnent le col, qui, très généralement, reste au centre de l'excavation. Souvent le travail marche avec rapidité, dès que le col est en bonne place ; s'il traînait outre mesure, on l'accélérerait par les moyens usités en pareil cas (Voy. p. 116).

B. **Le col est dévié en avant.** — Les doigts introduits derrière le pubis éprouveront parfois une certaine peine à atteindre le col ; on se facilitera singulièrement la besogne en faisant mettre la femme en *situation génu-pectorale*, ou en la faisant coucher en *décubitus latéral*. Le col est attiré, dès que les doigts ont saisi la portion postérieure de son orifice, le plus en arrière qu'il est possible ; le reste de l'intervention ne diffère en rien de ce qui vient d'être dit ci-dessus.

II. — Œdème et allongement hypertrophique du col.

L'œdème du col est très souvent localisé à la lèvre antérieure, qui s'est trouvée coincée entre l'arc antérieur du bassin et la présentation. La dilatation étant complète ou presque complète, il n'y a qu'à repousser avec la main cette lèvre au-dessus de la tête fœtale.

L'hypertrophie du col sera combattue par l'application d'un *ballon de Champetier* (Voy. p. 50). Si le canal cervical reste absolument inextensible, il faut recourir à l'opération césarienne vaginale (Voy. p. 177).

III. — La rigidité du col.

Nous ne nous occuperons pas ici de la rigidité par tumeur, par cancer principalement, ce sujet faisant l'objet d'une étude à part (Voy. p. 160). Trois sortes de rigidités doivent être considérées, donnant lieu à trois modes de traitement différents : la rigidité spasmodique, la rigidité cicatricielle et la fausse rigidité par infiltration secondaire du col.

1. **Traitement de la rigidité spasmodique.** — C'est un spasme du col, phénomène d'ordre nerveux ; combattons-le donc comme tel, au moyen du *traitement sédatif*. Toute manœuvre locale n'aurait d'autre effet que d'exciter encore les tissus et de rendre la contracture plus prononcée.

On prescrira donc :

1° De grands lavages vaginaux très chauds (à 48 ou 50°), de 3 à 4 litres d'eau bouillie, répétés toutes les quatre heures ;

2° De grands bains, prolongés pendant une heure ;

3° A l'intérieur, des calmants absorbés par la bouche ou par la voie rectale. On donnera, par exemple, le lavement suivant :

Hydrate de chloral	3 grammes.
Laudanum de Sydenham	XXX gouttes.
Eau bouillie (ou lait)	150 grammes.

4° Si l'état nerveux est poussé à l'extrême, la MORPHINE est formellement indiquée, par injections de $0^{gr},01$ répétées, s'il en est besoin, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Sous son influence, les contractions utérines peuvent s'arrêter; la femme s'endort, et, quand elle est reposée par quelques heures de sommeil, le travail reprend plus régulièrement;

5° Enfin on pourra employer avec succès les injections sous-cutanées de SCOPOLAMINE-MORPHINE; chaque injection doit comprendre :

Chlorhydrate de morphine	$0^{gr},01$
Scopolamine	$0^{gr},0003$
Eau distillée bouillie	1 cent. cube.

Cette injection n'arrête pas les contractions utérines, mais elle en atténue grandement la douleur, durant trois à quatre heures. On pourra, s'il le faut, la répéter deux ou trois fois par vingt-quatre heures.

En usant de tous ces moyens, on arrive ainsi, peu à peu, au voisinage de la dilatation complète. A ce moment, endormons la femme, complétons manuellement la dilatation (Voy. p. 53) et terminons par une application de forceps (Voy. p. 120).

II. **Traitement de la rigidité cicatricielle.** — Quand l'orifice cervical est gêné dans sa dilatation par l'existence de quelque bride isolée, qui en réunit, comme un pont, deux points opposés, ou soude le col à la région correspondante du vagin, le mieux est de lever l'obstacle, dès le début de la dilatation, en détruisant aux ciseaux cette bride fibreuse. Si tout le pourtour du col est envahi, il faut attendre, pour juger de ce que le travail est capable de faire spontanément : si, malgré les contractions utérines, énergiques et répétées, le col ne se dilate pas, il faut intervenir chirurgicalement. Les méthodes excitatrices de l'utérus, écarteur Tarnier, ballon, seraient ici dangereuses et n'auraient d'autre résultat que de faire éclater le segment inférieur en deçà de l'obstacle cervical; *la seule conduite logique consiste à inciser le col.* Mais, à cet égard, il convient de distinguer deux cas tout à fait distincts.

Premier cas : Le col a pu s'effacer et a même commencé sa dilatation ; le segment inférieur est bien amplié. — On peut se contenter d'*incisions du col* suivies de dilatation bimanuelle.

α. **Technique des petites incisions cervicales multiples.** — La femme, anesthésiée, est mise en position obstétricale ; la vulve et le vagin sont soigneusement désinfectés. Deux larges valves, tenues par un aide, écartent au maximum les parois vaginales.

Avec des ciseaux, on pratique, à droite et à gauche, *quatre incisions symétriquement placées* sur l'orifice cervical : les deux premières sont *obliques en haut et en dehors* ; les deux secondes, *obliques en bas et en dehors*, *mais jamais elles ne doivent occuper la ligne médiane.* En les supposant prolongées, ces quatre incisions devraient se réunir au centre de l'orifice utérin. Chaque incision ne doit pas avoir une longueur de plus de 1cm,5 à 2 centimètres. On fera attention, en les pratiquant, à ne pas blesser, avec la lame des ciseaux, la présentation fœtale.

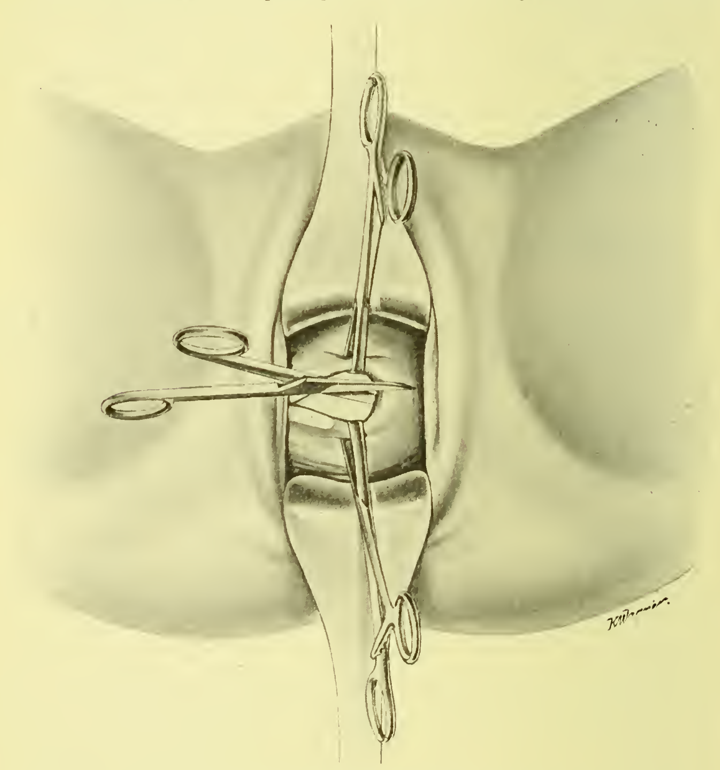


Fig. 81. — *Incisions transversales du col* : l'incision est déjà faite du côté droit ; les ciseaux la font du côté gauche.

Ceci fait, on *complète manuellement* la dilatation (Voy. p. 53) et on accouche la femme par forceps ou par version.

Après la délivrance, on place à nouveau les valves, et on examine l'état du col; si les déchirures se sont trop agrandies au cours de l'accouchement, il est prudent de les réparer par quelques points de suture au catgut n° 2 (Voy. p. 332).

β. **Les grandes incisions latérales du col.** — Si l'on estime qu'on ne pourra pas compléter manuellement la dilatation, mieux vaut remplacer ces petites incisions multiples par *deux incisions profondes* (fig. 81), dirigées directement à droite et à gauche, et allant *jusqu'aux culs-de-sac vaginaux exclusivement* : le col est ainsi fendu en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure, et doit permettre l'extraction du fœtus sans autre manœuvre. Après la délivrance, il faut, de toute nécessité, réparer méthodiquement les brèches ainsi créées (Voy. p. 332).

Deuxième cas : Le col est non effacé, ou du moins l'ampliation cervico-segmentaire tout à fait insuffisante. — Les incisions seraient alors dangereuses, car elles porteraient immédiatement sur l'orifice interne et de là sur le segment inférieur. Abandonnons-les donc, et ayons recours à l'opération césarienne (Voy. p. 212), si l'état d'asepsie de la femme permet d'entreprendre une laparotomie, ou, si l'on a de forts doutes sur ce point, *à la césarienne vaginale de Dührssen.*

Technique de la césarienne vaginale (opération de Dührssen). — Le principe de l'opération est le suivant : il s'agit d'inciser, par le vagin, le col et le segment inférieur, tant en avant qu'en arrière, bien sur la ligne médiane, c'est-à-dire au niveau de la zone avasculaire, et en se tenant au-dessous du péritoine. Pour ce faire, la femme anesthésiée est mise en position obstétricale ; la vulve et le vagin sont très soigneusement désinfectés, la vessie et le rectum complètement évacués. L'opérateur aura, à portée de sa main (fig. 82) : un bistouri, une paire de ciseaux droits et forts, une paire de ciseaux courbes, une pince à disséquer, deux pinces de Museux, une pince à pansement utérin, une forte aiguille de Reverdin courbe, une aiguille à pédale. L'aide, placé à sa gauche, aura près de lui : deux valves vaginales larges, des fils de catgut n° 2 assez longs (20 centimètres), des crins de Florence. On prépare enfin des tampons-éponges et une bande à tamponnement utérin en gaze stérilisée ou peroxydée. On a soin, en outre, de préparer le forceps, des lacs, et tout ce qu'il faut pour ranimer l'enfant (Voy. p. 92).

L'opération comprend les temps suivants :

Premier temps : abaissement du col. — D'abord, *donnons-nous du jour*, ce qui est presque indispensable s'il s'agit d'une primipare à tissus étroits, au moyen d'une bonne *incision vagino-périnéale*, longue de 4 à 5 centimètres, pratiquée du côté droit, aux ciseaux ou au bistouri.

Ceci fait, *on place les valves vaginales*, l'une en avant, l'autre en arrière, et on les confie à l'aide, qui les écarte au maximum. Le col, désormais bien apparent, est *saisi largement par deux pinces de Museux* placées symétriquement aux deux extrémités de son diamètre

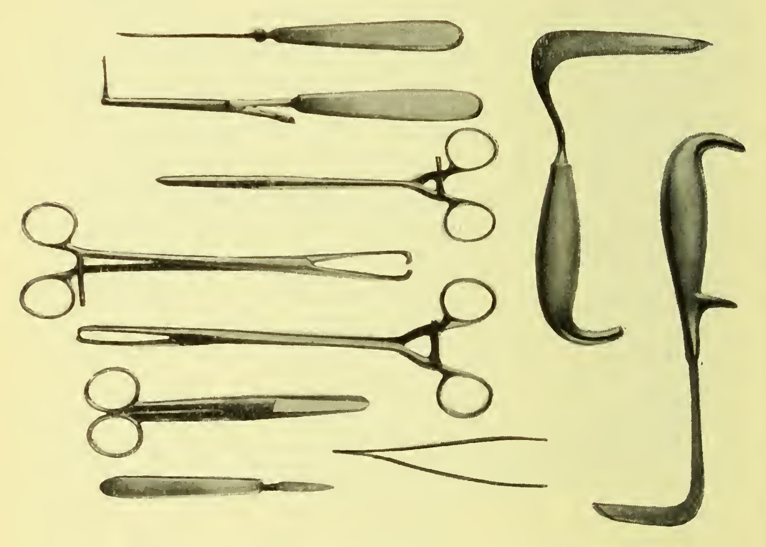


Fig. 82. — Instruments à préparer pour la césarienne vaginale.

transverse. L'opérateur prenant, à pleine main gauche, ces deux pinces, abaisse le col à la vulve.

Deuxième temps : incisions de l'utérus. — Ce temps est *double*, puisqu'il nous faut inciser d'abord la paroi antérieure, puis la paroi postérieure.

1° Incision de la paroi antérieure. — α. *On commence par ouvrir le cul-de-sac vaginal antérieur* (fig. 83) : cette *colpotomie antérieure* se fait aux ciseaux courbes, qui, en trois à quatre coups, créent facilement une brèche *transversale* de 5 à 6 centimètres.

β. *On décolle alors le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin* de la face antérieure du segment inférieur (fig. 84) : ce décollement se fait à la compresse, absolument comme au cours de toute hysté-

rectomie (Voy. *Gynéc.*), avec cette différence que l'on procède ici de bas en haut et non plus de haut en bas, comme lorsqu'on opère par

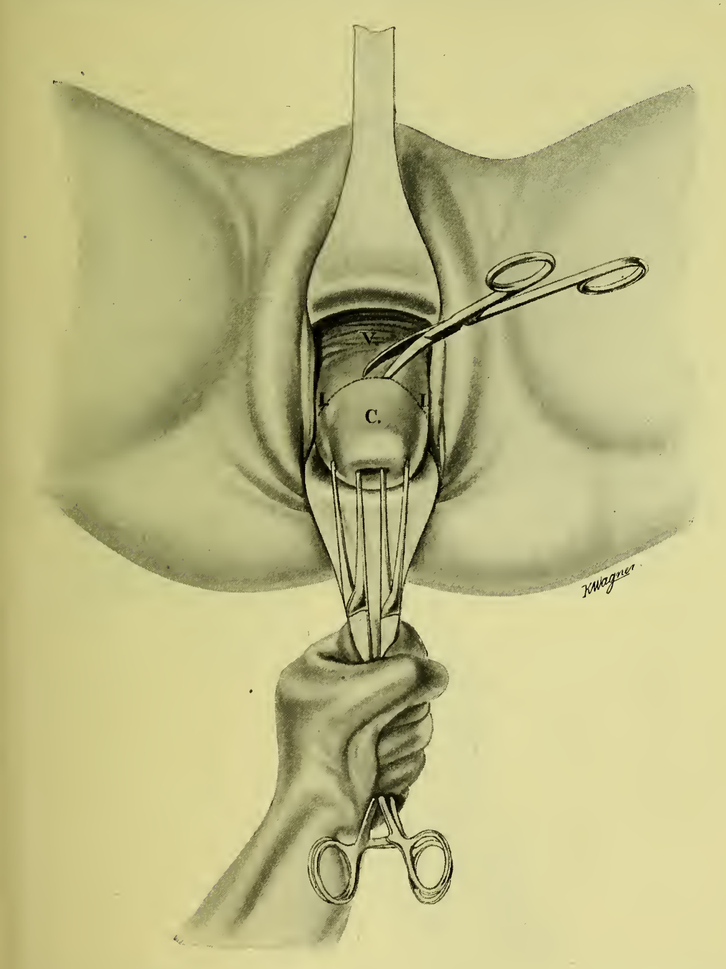


Fig. 83. — *Césarienne vaginale :* 1° colpotomie antérieure ; en C, le col ; en V, la paroi vaginale ; II, ligne d'incision.

voie abdominale. Ce décollement doit être poursuivi sur un espace de 10 à 11 centimètres de long. On y procède avec prudence et minutie, afin de ne pas érailler la séreuse, dont il faut, autant que possible, respecter l'intégrité. Ceci fait, l'aide saisit dans sa valve antérieure

et la tranche antérieure de la brèche vaginale et le cul-de-sac séreux, ce qui a l'avantage de maintenir la vessie hors du champ opératoire.

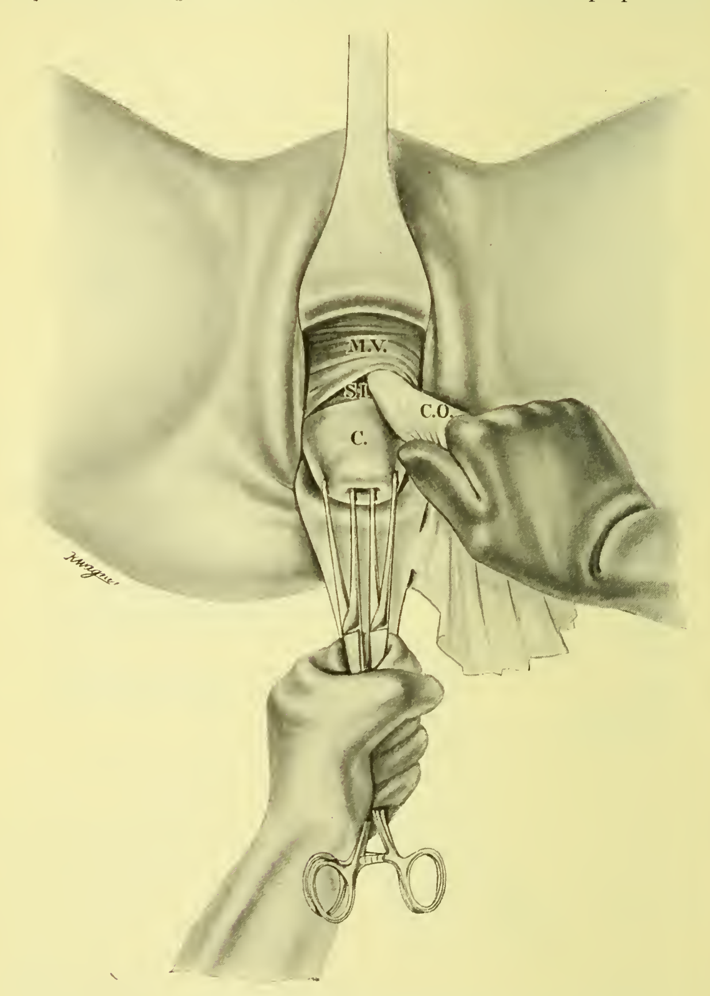


Fig. 84. — *Césarienne vaginale :* 2° le doigt recouvert d'une compresse, CO, décolle la vessie du segment inférieur, SI.

La paroi antérieure du segment inférieur apparaît alors bien à nu.

γ. *On incise cette paroi* aux ciseaux droits (fig. 85), et bien

exactement sur la ligne médiane, depuis l'orifice interne du col jusqu'au voisinage de la ligne où le péritoine adhère à l'utérus, soit sur

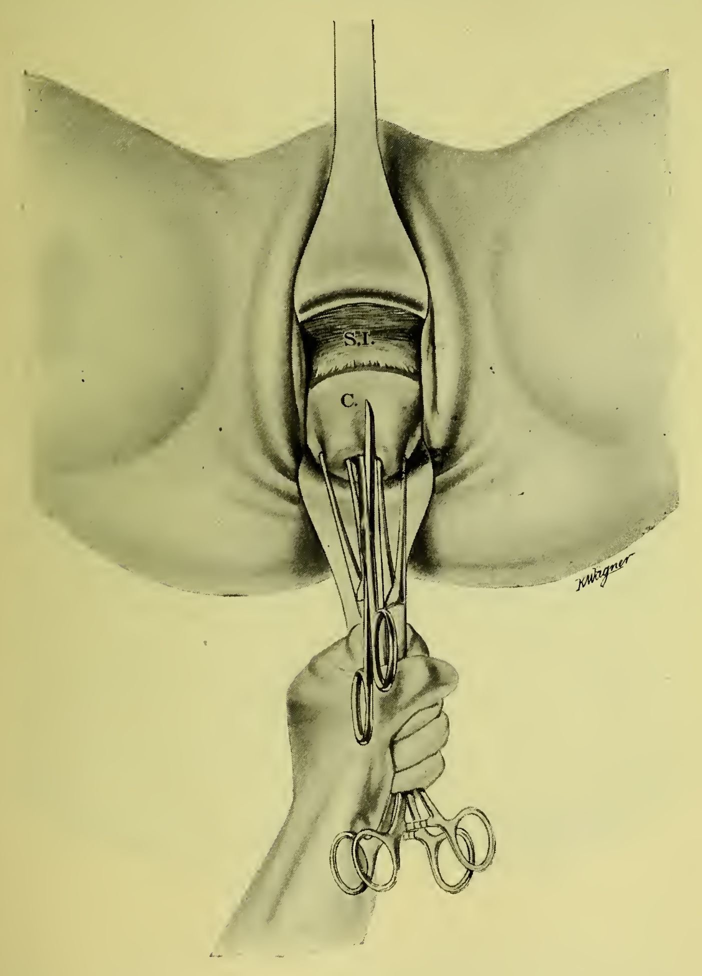


Fig. 85. — *Césarienne vaginale* ; 3° incision longitudinale et médiane du col, C, et du segment inférieur, SI.

une longeur de 11 centimètres environ. On se facilite singulièrement la besogne en déplaçant les pinces de Museux et en les jetant de plus en plus haut, sur les lèvres de la plaie cervico-segmen-

taire, au fur et à mesure que l'on incise plus profondément. Cette incision est généralement avasculaire.

2° Incision de la paroi postérieure. — Recommençons la même manœuvre en arrière :

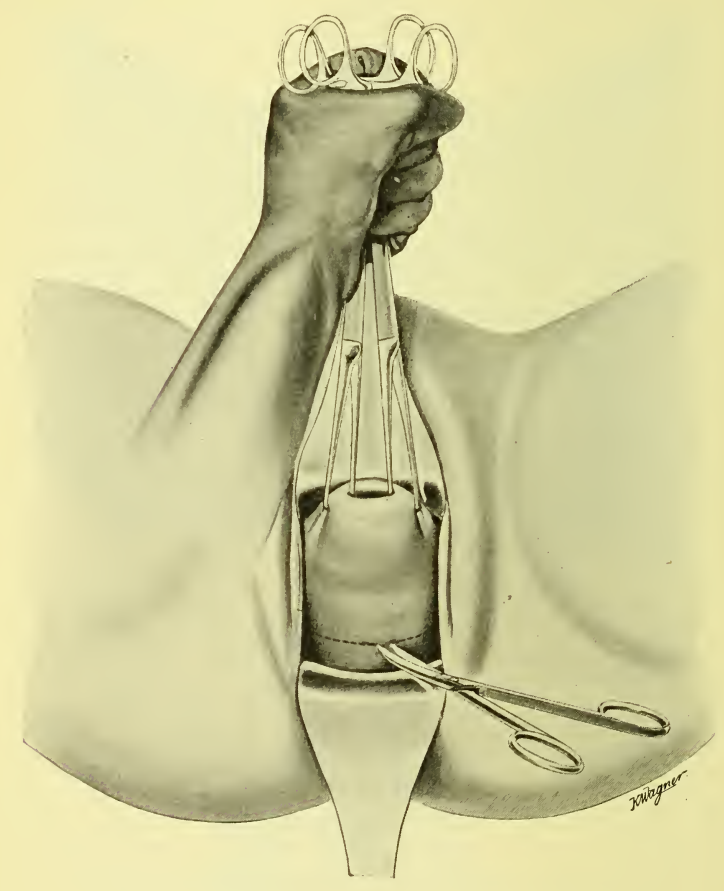


Fig. 86. — *Césarienne vaginale :* 4° colpotomie postérieure.

α. Pratiquons d'abord la *colpotomie postérieure* (Voy. p. 400) aux ciseaux courbes et, comme à l'ordinaire (fig. 86), en relevant pour se donner du jour, vers le pubis, les pinces de Museux qui ont saisi le col.

β. *Décollons le péritoine* du cul-de-sac de Douglas à la compresse,

comme nous l'avons fait en avant. Ce décollement se fait moins aisément qu'en avant dès que l'on gagne un peu vers la profondeur; il est vrai que l'ouverture de la séreuse en ce point est un incident de peu d'importance.

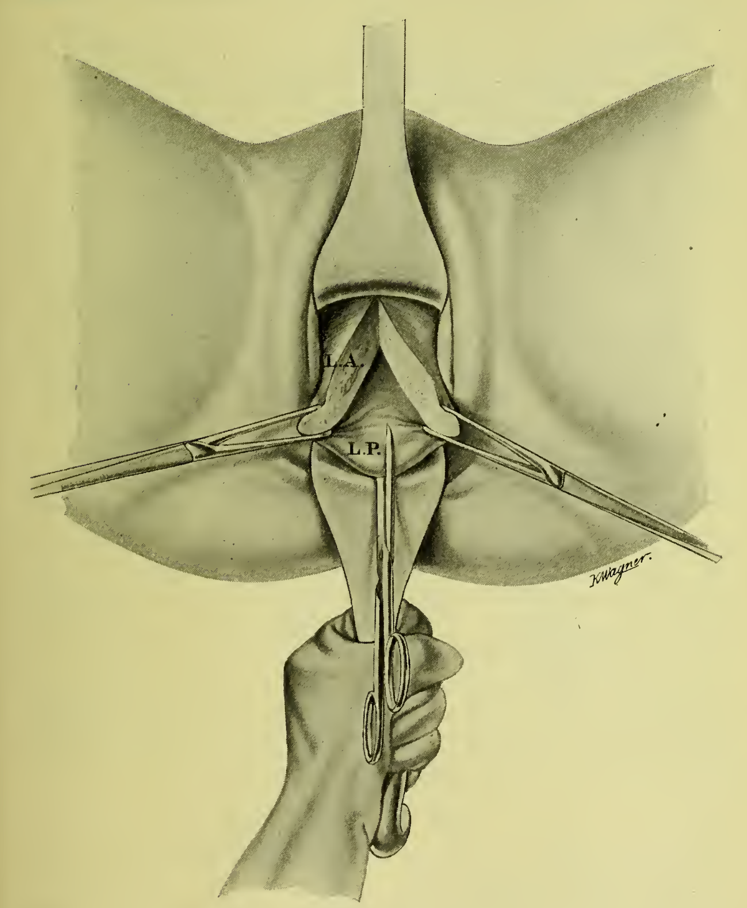


Fig. 87. — *Césarienne vaginale* : 5° incision médiane de la lèvre postérieure, LP, du col et du segment inférieur.

γ. *Incisons maintenant l'utérus*, aux ciseaux droits, et bien exactement sur la ligne médiane, depuis l'orifice interne du col jusqu'à une profondeur de 6 à 8 centimètres environ (fig. 87).

L'utérus est désormais largement ouvert, le col et le segment

inférieur étant transformés en une mitre renversée et à valves latérales.

Troisième temps : extraction de l'enfant et délivrance. — Retirant momentanément valves et pinces, on procède à l'accouchement :

α. L'enfant est extrait par le *forceps* (Voy. p. 120) dans le cas où la tête est engagée et facilement accessible ; par la *version podalique* (Voy. p. 277) quand la présentation reste élevée et mobile. Ces opérations doivent être menées avec douceur afin de ne pas risquer de voir filer vers le corps les brèches créées sur le segment inférieur. L'extraction, on le conçoit, est d'autant plus facile que l'enfant est plus petit : avec un fœtus volumineux, la césarienne vaginale ne donne que des résultats imparfaits, alors même que le bassin est normal, condition *sine qua non* pour qu'on puisse l'entreprendre ; aussi, en pareil cas, faut-il bien peser, avant d'opérer, le pour et le contre, et voir s'il n'y a pas moins de danger à opérer par voie haute que par voie basse. Quand l'enfant a succombé, si la tête dernière semble ne devoir passer qu'avec difficulté, on la perforera (Voy. p. 203).

β. La délivrance artificielle (Voy. p. 354) est faite sitôt après la sortie du fœtus ; quand l'utérus se contracte bien, que rien ne saigne et que l'état de la femme permet de prolonger impunément l'anesthésie pendant quelques minutes, on peut attendre que le placenta se décolle spontanément pour l'extraire ensuite par préhension manuelle. Généralement, on considère comme plus simple de délivrer la femme sans tarder, en faisant bien attention à ne pas laisser *in utero* de débris membraneux.

γ. Un tamponnement utérin (Voy. p. 364) à la gaze stérilisée ou peroxydée est alors appliqué, pour peu que l'on craigne l'inertie utérine ; mais, si l'utérus se rétracte fortement, si les brèches du segment inférieur ne donnent pas de sang, on peut fort bien s'en passer.

Quatrième temps : sutures de l'utérus. — Il n'y a plus qu'à réparer, par sutures, les lésions que l'on a artificiellement créées. Ces sutures vont se faire comme toujours *en ordre inverse des incisions*, c'est-à-dire que l'on fermera d'abord la partie qui a été incisée la dernière.

1° Suture utérine postérieure. — *On commence par suturer la paroi postérieure du segment inférieur* à l'aide du catgut n° 2. Les valves écartant largement les parois vaginales antérieure et postérieure, on place les deux pinces de Museux à l'extrémité inférieure des deux lèvres de la plaie utérine ; les fils, *séparés* (et non pas en

surjet), sont placés, à l'aide de la grosse aiguille courbe de Reverdin, ou de l'aiguille à pédale, de haut en bas, et distants les uns des

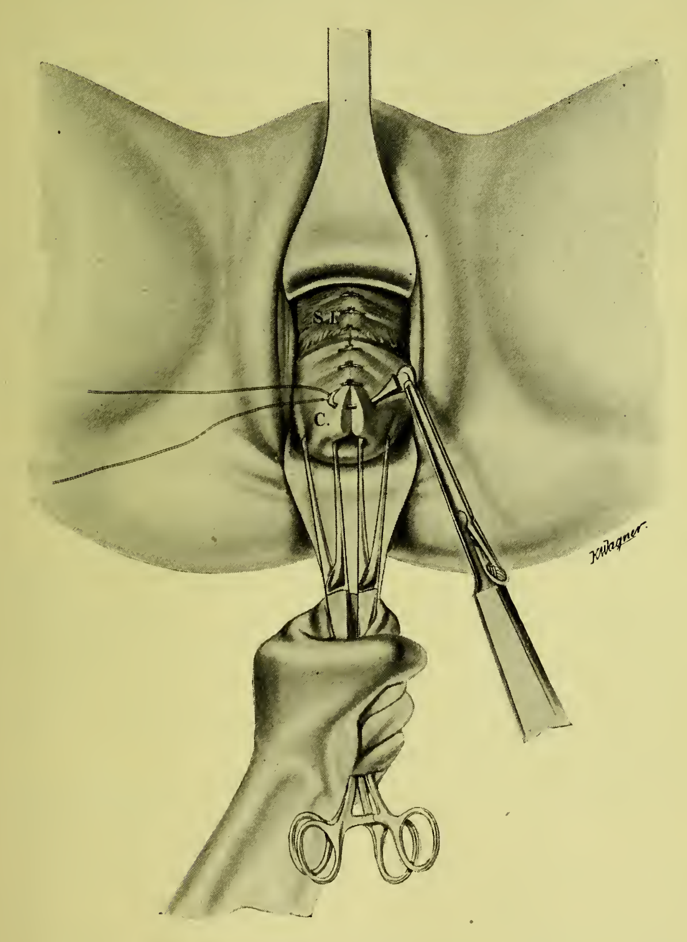


Fig. 88. — *Césarienne vaginale :* 6° sutures utérines, après la délivrance.

autres d'un bon centimètre. On s'attache à bien coapter, sur toute leur longueur, les lèvres de la plaie.

On pourrait rétrécir ensuite la brèche vaginale postérieure, à l'aide d'un ou deux points de catgut placés à chaque commissure; mais, en général, ce temps est tout à fait inutile, ces plaies vaginales se

comblant très aisément; leur béance constitue même une sauvegarde contre l'infection du périmétrium.

2° Suture utérine antérieure. — *On suture la paroi utérine antérieure*, exactement comme il vient d'être dit (fig. 88) pour la paroi postérieure, après avoir pris soin de déplacer les pinces de Museux pour les fixer, cette fois, sur les deux extrémités inférieures des lèvres de cette plaie antérieure.

On laisse béante la brèche vaginale antérieure, comme on l'a fait pour la brèche postérieure. Dans l'une et l'autre, on place un drain, ou une mèche. Ce drainage de l'espace péri-utérin est toujours très utile pour prévenir la formation de tout thrombus capable de s'infecter; il devient absolument indispensable si, au moment de l'intervention, la femme présente quelques phénomènes septiques : élévation de température, fétidité du liquide amniotique, etc.

3° Suture vagino-périnéale. — Enfin la brèche créée au niveau de la vulve est suturée, par trois ou quatre crins de Florence, exactement comme toute autre plaie d'épisiotomie (Voy. p. 171).

Ceci fait, il n'y a plus qu'à appliquer, sur la vulve, un pansement aseptique (gaze et ouate hydrophiles) maintenu en place par un bandage de corps.

Soins consécutifs. — Au bout de vingt-quatre heures, on retire les mèches; les drains, si on en a mis, resteront en place pendant deux à trois jours, et plus longtemps s'il y a quelque réaction inflammatoire. Par ailleurs, les soins ne diffèrent en rien de ceux qu'il faut donner à toute accouchée (Voy. p. 379); quand tout va bien, on s'abstiendra de lavages vaginaux.

La femme pourra, bien entendu, mettre son enfant au sein à partir du deuxième ou du troisième jour.

Le neuvième jour, on enlève les fils de la suture vagino-périnéale.

Telle est cette opération ; malgré son apparente complexité, elle est, au fond, très simple, et tout praticien ayant l'habitude de la chirurgie pourra l'exécuter aisément en vingt à trente minutes. Son indiscutable avantage sur la césarienne classique est d'éviter l'infection du péritoine et de donner lieu à un shock presque insignifiant ; elle a sur les incisions profondes du col la double supériorité d'être moins aveugle et de porter sur la zone avasculaire de l'utérus.

III. **Traitement de la fausse rigidité par infiltration secondaire du col.** — Cet accident, jadis appelé « rigidité anatomique », est la conséquence du défaut d'action des agents habituels de la dilatation du col, et on pourra l'observer quand les membranes se

sont rompues au début du travail et quand la présentation reste élevée.

Cette cause étant connue, le mieux est de remédier à cette insuffisance des agents dilatateurs habituels, en recourant à une méthode à la fois dilatatrice et excitatrice, c'est-à-dire au *ballon intra-utérin*. Le ballon de Champetier est introduit comme à l'ordinaire (Voy. p. 50) dans le segment inférieur. On peut rendre son action plus efficace en exerçant sur ce ballon une *traction continue* : la tige du ballon est reliée par un lacs à un poids de 500 grammes à 1 kilo, que l'on fait pendre au pied du lit, en forçant le lacs à se réfléchir sur une poulie fixée à la barre du lit, exactement comme lorsqu'il s'agit d'exercer de la traction continue dans le traitement d'une fracture de cuisse.

Si ce moyen, habituellement très puissant, reste inactif, il faut traiter cette fausse rigidité comme une rigidité cicatricielle (Voy. p. 175) et faire, suivant le cas, les incisions cervicales simples (Voy. p. 176) ou la césarienne vaginale (Voy. p. 177).

IV. — OBSTACLE TENANT A L'UTÉRUS.

Les fibromes utérins feront l'objet d'une étude à part (Voy. p. 257); ici, occupons-nous simplement de l'antéversion utérine et de la contracture tétanique de l'utérus.

Traitement de l'antéversion utérine au cours du travail. — Il faut s'efforcer, dès le début du travail, de *redresser l'utérus*, en appliquant un large bandage abdominal très serré; on s'assure, au préalable, que la présentation fœtale est longitudinale ; on la réalise, si elle ne l'était pas, par la version externe (Voy. p. 273), et, des deux côtés du pôle fœtal ramené au détroit supérieur, on dispose deux coussinets d'ouate, qui, maintenus eux-mêmes par le bandage, vont empêcher la présentation de fuir vers la fosse iliaque et le fœtus de se transversaliser.

A la dilatation complète, si l'engagement ne se fait pas spontanément, il faut extraire le fœtus *par version podalique* (Voy. p. 277) ; il peut être nécessaire, pour atteindre les pieds du fœtus, de faire coucher la femme en *décubitus latéral*, du côté où se trouve le siège de l'enfant.

Traitement de la contracture utérine au cours du travail. — La rétraction tétanique de l'utérus apparaît après la rupture des membranes, quand le travail dure depuis longtemps et que la matrice a été excitée par des tentatives malheureuses d'intervention. La contracture siégeant principalement au niveau de l'anneau de

Bandl, on la décrit souvent sous le nom de *rétraction de l'anneau de Bandl*.

Il y a un traitement commun à tous les cas, c'est le TRAITEMENT SÉDATIF, consistant en : 1° *morphine* en injections sous-cutanées; 2° *chloroforme* à doses chirurgicales au moment d'intervenir. Ceci dit, la conduite variera avec l'espèce clinique.

I. ***Le fœtus est mort.*** — C'est le cas de beaucoup le plus facile, car on se dirigera, d'emblée, dans le sens des *opérations mutilatrices*, c'est-à-dire des embryotomies. Ayant donc dilaté manuellement (Voy. p. 53), en y mettant beaucoup de douceur et de patience, l'anneau de Bandl, afin de pouvoir pénétrer dans le corps utérin, on pratiquera :

α. S'il s'agit d'une PRÉSENTATION DU SOMMET, une *basiotripsie* (Voy. p. 241);

β. S'il s'agit d'une PRÉSENTATION DU SIÈGE, l'*extraction podalique* (Voy. p. 155) en fracturant les bras pour les abaisser (Voy. p. 155). La tête dernière sera *perforée* (Voy. p. 203). Comme on n'atteint parfois pas directement la base du crâne, on fait pénétrer le perforateur sous la peau du cou, et on le fait ainsi cheminer sous un véritable tunnel qui le conduit finalement à la région qu'il s'agit de perforer.

γ. S'il s'agit d'une PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE, il faut faire d'emblée l'*embryotomie rachidienne* (Voy. p. 287) : cette opération sera certainement laborieuse, mais peu dangereuse pour la mère, quand le fœtus se trouve complètement au-dessus de l'anneau de Bandl; elle sera très aisée, mais autrement périlleuse, pour le segment inférieur, quand l'enfant est, en grande partie, au-dessous de l'anneau rétracté : il faudra, en pareil cas, redoubler de prudence pour ne pas faire éclater l'utérus.

II. ***Le fœtus est vivant.*** — A. **L'enfant est situé, en entier, au-dessus de l'anneau de contraction.** — C'est là le cas de beaucoup le plus difficile.

α. LE FOETUS SE PRÉSENTE PAR LA TÊTE. — Après dilatation manuelle de l'anneau, on essaie d'appliquer le *forceps*. Si l'on n'y parvient pas, ou que l'on dérape, après un ou deux autres essais, on pratique la basiotripsie.

β. LE FOETUS SE PRÉSENTE PAR LE SIÈGE. — On a recours à l'*extraction podalique*; il arrivera bien souvent que l'on sera forcé de perforer la tête dernière pour lui permettre de franchir l'anneau musculaire.

γ. LE FOETUS SE PRÉSENTE PAR L'ÉPAULE. — A moins, ce qui est tout à fait exceptionnel, que l'on puisse faire la version, il faut l'extraire par *embryotomie rachidienne*.

B. L'enfant est situé en grande partie au-dessous de l'anneau de Bandl. — α. Il s'agit d'une présentation du sommet. — Essayons d'abord le *forceps*; si l'on échoue, on recourt au *basiotribe.* Le passage des épaules, particulièrement difficile, peut n'être possible que grâce à la *cleidotomie* (Voy. p. 306) ou à la *sus-acromiotomie* (Voy. p. 306).

β. Quand le fœtus vient par le siège. — On pratique l'*extraction podalique*, avec, au besoin, fracture des bras pour leur abaissement, et perforation de la tête dernière.

γ. Quand l'enfant se présente par l'épaule. — On peut dire, en pratique, que la version podalique, toujours trop dangereuse pour l'utérus, doit céder le pas à l'embryotomie rachidienne, d'autant plus qu'il est bien théorique d'admettre qu'en pareil cas l'enfant est encore vivant au moment où l'on peut intervenir.

En résumé, il s'agit là d'une très grave dystocie. On aura toujours présent à l'esprit le *risque de rupture utérine*, et on ira de ce fait volontiers dans le sens des opérations mutilatrices du fœtus.

DYSTOCIE OSSEUSE

LES RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN

Au point de vue pratique nous classerons les bassins rétrécis non pas suivant la cause de la lésion, mais suivant son siège et son étendue. Nous envisagerons ainsi, tour à tour : les bassins rétrécis *au détroit supérieur*, *au détroit inférieur*, et les bassins *asymétriques*. Les bassins *généralement rétrécis* ne formeront pas une classe à part ; ils se confondent pratiquement avec les bassins rétrécis au détroit supérieur, parce que c'est à ce niveau que porte la lésion maxima.

D'un mot, nous éliminerons les *bassins atypiques*, bassins viciés par tumeur (ostéosarcome), fractures, etc. Ils commandent l'opération césarienne, et de préférence la césarienne mutilatrice. Enfin, c'est l'ablation de l'utérus et des ovaires qui sera seule de mise *en cas de bassin ostéomalacique*. Ces variétés étant mises à part, voyons ce qu'il faut faire dans les cas de pratique plus courante.

§ 1. — LE BASSIN EST RÉTRÉCI AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

C'est le cas de beaucoup le plus habituel. Dans cette classe rentrent en effet : tous les bassins rachitiques (bassin plat, bassin généralement rétréci) et les bassins viciés par double luxation coxo-fémorale.

La femme, et cela est très souhaitable, peut venir nous consulter au cours de la grossesse, ou bien, nous pouvons avoir à l'assister alors

qu'elle est à terme et déjà en travail, d'où deux cas cliniques très différents.

I. — ON VOIT LA FEMME AU COURS DE LA GROSSESSE.

Ne faut-il pas la faire accoucher avant terme? Et si oui, à quelle date, et par quel procédé, convient-il de pratiquer l'accouchement provoqué?

Indications de l'accouchement prématuré provoqué. — Elles découlent essentiellement du degré du rétrécissement auquel on a affaire. Or, pour apprécier ce degré, on se base surtout sur la connaissance du diamètre promonto-pubien minimum, obtenu lui-même en déduisant $1^{cm},5$ du chiffre que mesure le promonto-sous-pubien. En outre, il faut explorer les parties latérales du bassin, la forme de l'excavation, se rendre compte de la valeur des parties molles. Avec un même promonto-pubien, deux bassins peuvent être essentiellement différents suivant que le seul diamètre antéro-postérieur est diminué, ou qu'au contraire l'angustie porte sur toutes les dimensions. Mais ce second élément, très important et assez facile à évaluer en clinique, ne peut se définir didactiquement. Établissons donc notre classification comme si le diamètre promonto-pubien était seul en cause. Nous pouvons reconnaître trois degrés de rétrécissement.

1° Bassin de 11 centimètres a $9^{cm},5$. — Laissons les femmes aller à terme, à moins que le fœtus ne soit anormalement développé, ou qu'il n'y ait eu quelque difficulté lors des accouchements antérieurs.

2° Bassin de $9^{cm},5$ a $8^{cm},5$. — Là réside l'indication la plus précise de l'accouchement provoqué. Cette méthode donnera des résultats d'autant meilleurs que l'on aura affaire à un bassin de type plat (et non généralement rétréci) et à une multipare.

3° Bassin inférieur a $8^{cm},5$. — S'il s'agit d'un bassin simplement aplati, l'accouchement provoqué peut encore être de mise, tant que le promonto-pubien minimum n'est pas inférieur à 8 centimètres. A partir de ce chiffre, il donnerait des résultats déplorables. A la grande rigueur, pourrait-on y recourir, comme pis aller, si les conditions ne permettent pas d'entreprendre à terme une opération sanglante (refus formel et persistant de la femme, défaut total d'assistance, etc.); mais alors il faut bien savoir que, sauf rarissime exception, l'enfant ainsi extrait ne survivra pas. Dans toute autre condition, il faut laisser ces femmes aller à terme, pour intervenir alors comme il sera dit plus loin (Voy. p. 194).

A quel moment faut-il provoquer l'accouchement? — La seule règle logique *est de se guider sur les dimensions réciproques du*

bassin et de la tête fœtale : appliquons donc, en la saisissant entre les deux mains, du front à l'occiput, cette tête contre le détroit supérieur, et voyons si elle déborde, en avant, sur la marge de ce détroit : tant qu'elle paraît y jouer librement, on peut attendre ; quand elle est sur le point de déborder par-dessus la symphyse, on intervient. Ce sera, en général *vers huit mois et demi* pour un bassin de 10 à 9 centimètres; un peu plus tôt, huit mois un quart environ, pour un bassin de $8^{cm},5$, au début du neuvième mois pour un bassin de 8 centimètres.

Technique de l'accouchement prématuré provoqué — Il s'agit non pas de dilater mécaniquement et extemporanément le col utérin comme dans l'accouchement méthodiquement rapide, mais bien de *faire apparaître les contractions utérines* qui, elles, se chargeront de la dilatation, comme au cours de l'accouchement spontané ; or on atteindra ce but en faisant porter l'agent excitateur sur la zone du col et du segment inférieur. Quel sera cet agent? Il variera suivant que l'on a affaire à une multipare à col souple, déjà entr'ouvert et facilement dilatable, ou, au contraire, à une primipare à col long, fermé et assez résistant.

Premier cas : il s'agit d'une multipare ; le col est souple et entr'ouvert. — On rase la vulve deux jours avant d'intervenir, et, pendant ces quarante-huit heures, on savonne matin et soir la vulve et le vagin, que l'on irrigue ensuite à l'eau oxygénée ; la veille de l'opération, la malade est purgée, et le matin même l'intestin est évacué à l'aide d'un lavement. Au moment d'intervenir, on s'assure de la vacuité de la vessie, et on fait une dernière toilette intravaginale semblable à celle des jours précédents. La femme est mise *en position obstétricale*; l'accoucheur, après s'être rigoureusement désinfecté les mains, *introduit l'index droit dans le col*, qu'il ramène bien dans la direction de l'axe de l'excavation. La main gauche, placée sur l'abdomen, fixant l'utérus, l'index droit pénètre, au travers du canal cervical, dans le segment inférieur, et, s'y recourbant en crochet, il va, par un mouvement de circumduction, à droite et à gauche, exécuté lentement et doucement, *décoller de ce segment inférieur les membranes de l'œuf.* Ce décollement du pôle ovulaire, que l'on poussera aussi loin que la longueur du doigt le permet, est un temps indispensable. Bien exécuté, il constitue le meilleur moyen de se mettre à l'abri d'une rupture des membranes lors de l'introduction de l'instrument excitateu.

Ceci fait, on a le choix entre deux moyens également satisfaisants soit la pose de l'écarteur Tarnier, soit la mise en place d'un gros ballon de Champetier.

a. L'*écarteur Tarnier* sera appliqué comme il a été dit par ailleurs (Voy. p. 116). Si son action est insuffisante, on le remplace au bout de quelques heures par un ballon.

b. Le *gros ballon de Champetier*, dont nous connaissons déjà le mode d'application (Voy. p. 50), constitue un moyen beaucoup plus énergique. Il présente l'inconvénient de déplacer la présentation : aussi, quand la dilatation est complète, et que le ballon est expulsé, *faut-il avoir bien soin de ne pas laisser le fœtus se mettre en attitude vicieuse*; on y arrive en réduisant la tête vers le détroit supérieur par des manœuvres externes (Voy. p. 274), ou en pratiquant, séance tenante, la version podalique par manœuvres internes (Voy. p. 277).

D'une façon générale, il ne faut pas laisser un accouchement provoqué traîner en longueur : la dilatation doit être menée aussi rapidement que possible, surtout si l'œuf est ouvert, et l'extraction du fœtus, par forceps ou par version (Voy. p. 196) sera faite très peu de temps après la dilatation complète, si l'engagement ne se fait pas spontanément.

Deuxième cas : il s'agit d'une primipare, le col est long et fermé. — De tous les multiples moyens proposés, le meilleur, le plus fidèle, nous semble être l'*emploi du petit ballon de Champetier* : le ballon de Tarnier, très facile à appliquer, est d'une friabilité désespérante ; la sonde de Krause, essentiellement infidèle comme résultats ; quant aux autres procédés, ils sont nettement inférieurs à ceux-ci.

L'opération comprend trois temps successifs : la dilatation préalable du col, le décollement du pôle inférieur de l'œuf, la mise en place du ballon.

A. **Dilatation préalable du col.** — La femme ayant été préparée comme il a été dit plus haut (Voy. p. 191), et placée en position obstétricale, l'index droit va à la rencontre du col, pour en repérer la situation, et l'attire en avant, autant que faire se peut ; puis une valve courte déprimant le périnée et la paroi postérieure du vagin, la lèvre antérieure du museau de tanche est saisie, largement, à l'aide d'une forte pince de Museux; valve et pince sont confiées aux mains d'un aide. On procède alors à la dilatation du canal cervical, à l'aide des bougies de Hégar (Voy. *Gynéc.*), que l'on a soin de faire pénétrer dans le col sur une longueur de 4 à 5 centimètres seulement : en les poussant plus avant, on risquerait, du moins avec les petites bougies, de perforer les membranes. On ne cesse cette dilatation que lorsque le canal cervical est perméable à l'index.

B. **Décollement du pôle inférieur de l'œuf.** — On procède à ce temps exactement comme il a été dit plus haut (Voy. p. 191) : toutefois on n'y aurait pas recours si, en dépit de nos tentatives, nous n'avions

pas pu dilater le col suffisamment pour permettre l'introduction du doigt; dans ce cas, sitôt achevée la dilatation possible, on passera au temps suivant.

C. **Pose du petit ballon de Champetier.**—Il ne s'agit plus, ici, d'employer le gros ballon dont nous avons pu nous servir chez les multipares à col souple et béant, mais le *petit ballon* dont la contenance n'excède pas 40 grammes environ ; sa hauteur est de 5 centimètres, et sa partie la plus large présente à peu près les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Ce ballon, dûment stérilisé (Voy. p. 50), est d'abord *essayé*, c'est-à-dire qu'on le gonfle avec la quantité d'eau bouillie qu'il est capable de contenir; puis *on le vide soigneusement*, en l'exprimant, tandis que son tube est tenu en l'air, ce qui a l'avantage de l'expurger de l'air qu'il pouvait contenir; enfin on l'enroule sur lui-même, de façon à lui donner la forme d'un mince cigare, que l'on devra tenir entre les mors de la petite pince porte-ballon, de façon que son extrémité libre dépasse de 2 à 3 millimètres le bec de cette pince ; la pince est fermée et largement enduite de vaseline stérilisée sur toute la partie qui correspond au ballon. L'aide fixant le col par l'intermédiaire de la pince de Museux, on enfonce la pince manœuvrée de la main droite au travers du canal cervical; on dépasse l'orifice interne, et on ne s'arrête que lorsque le ballon est introduit *en plein segment inférieur*, entre la paroi utérine et les membranes. A ce moment, *la pince est déclenchée*, *mais laissée en place*, et on procède, de suite, au gonflement du ballon, à l'aide de la seringue de Guyon, chargée de la quantité d'eau stérilisée déterminée d'avance. Quand on juge la distension suffisante, on jette sur le tube du ballon une pince de Kocher, et désarticulant les deux branches de la pince, on les retire doucement, l'une après l'autre. La pince de Kocher, qui s'oppose à la sortie du liquide, peut alors être remplacée par une ligature à la soie. On donne à la femme une injection vaginale, et on applique un pansement vulvaire, que l'on maintient en place, ainsi que le tube du ballon à l'aide d'un bandage en T. Il n'y a plus qu'à attendre l'apparition des douleurs : elles commencent généralement dans un délai de trois heures environ.

D. **Surveillance de la marche de l'accouchement.**—Au bout d'un temps extrêmement variable, le petit ballon est expulsé : le toucher permet de constater qu'il est tombé dans le vagin, d'où on le retire. A ce moment, de deux choses l'une : ou bien les contractions se suivent régulièrement, la dilatation progresse, et il n'y a qu'à laisser le travail se poursuivre spontanément; ou bien, après avoir expulsé le ballon, l'utérus redevient inerte ou à peu près. Dans ce cas, on a

toujours obtenu une certaine perméabilité du col, et *le mieux est d'appliquer un second ballon*, mais plus volumineux que le précédent ; on s'adresse alors *au modèle moyen*, dont la plus grande largeur présente des dimensions comparables à celles d'une paume de main ; ou bien encore on peut avoir recours à une pose de l'écarteur Tarnier (Voy. p. 116). Le travail fait quelques progrès; entre temps, on a soin de donner des injections vaginales très chaudes, de baigner la femme (Voy. p. 115) pour la délasser, entre deux applications de ballon ou d'écarteur. Si la dilatation ne peut se compléter spontanément, on applique alors le gros ballon de Champetier (Voy. p. 50), et, au besoin, on exerce des tractions sur sa tige. Enfin la dilatation étant complète, on se conduit comme il a été dit précédemment (Voy. p. 192).

Ce qu'il faut bien se rappeler, *c'est l'extrême variabilité de la marche de l'accouchement provoqué* : si chez la multipare, à bassin plat, tout se passe vite et bien, chez la primipare, à bassin généralement rétréci, il faut s'armer de patience, varier et multiplier les moyens.

II. — LA FEMME EST EN TRAVAIL.

Un élément domine alors toute la question : *c'est l'état du fœtus*; notre conduite sera, en effet, tout à fait différente suivant que l'enfant est bien vivant, ou, par contre, qu'il est mort ou sur le point de succomber. Dans le premier cas, l'accoucheur doit se préoccuper de la survie des deux êtres ; dans le second, la mère seule est en cause; de ce fait, le problème se trouve singulièrement simplifié. On remarquera que nous assimilons, dans cette classification, le fœtus dont l'état est très précaire au fœtus mort. Ce serait une grande erreur, en effet, que de faire courir à la mère les risques d'une intervention sérieuse, dans l'hypothétique espoir de voir survivre un enfant dont les battements du cœur sont fortement altérés, qui a rendu son méconium, et qui a pu, du fait d'interventions antérieures, subir des traumatismes craniens de nature à compromettre sa survie au cas où on serait assez heureux pour l'extraire vivant. Sans doute, des enfants ont vécu qui, au cours de l'intervention, avaient été condamnés; mais, en clinique, on ne doit pas statuer sur l'exception, et la doctrine de la valeur plus grande de la vie de la femme nous paraît absolument légitime.

I. — LE FŒTUS EST BIEN VIVANT.

Il faut alors *se guider sur le degré du rétrécissement*. Or, à cet égard, les bassins rétrécis peuvent se grouper en deux classes, suivant

qu'il nous semble que l'accouchement reste ou non possible par les voies naturelles, sans faire courir à l'enfant le risque d'un traumatisme incompatible avec sa survie.

PREMIER CAS : L'ACCOUCHEMENT EST POSSIBLE PAR LES VOIES NATURELLES.

Tout d'abord, et cette loi s'applique à tous les cas, *il faut attendre la dilatation complète.* Pendant toute cette période, on s'abstiendra de tout examen inutile, et on fera l'impossible pour respecter l'intégrité de la poche des eaux. Si le travail traîne trop en longueur, si la dilatation paraît rester stationnaire, on aura recours aux procédés d'accélération du travail préconisés en pareil cas (Voy. p. 116) ; de même, on tentera la dilatation artificielle du col (Voy. p. 53) si quelque accident survenait de nature à mettre en danger plus ou moins immédiat la vie de la mère ou du fœtus : hémorragie, procidence du cordon, menace de rupture utérine, etc.

La dilatation étant complète, faut-il faire pousser la femme, ou doit-on l'accoucher artificiellement sans attendre ? Tout dépend encore du degré de rétrécissement : tant que le promonto-pubien minimum n'est pas inférieur à $9^{cm},5$, c'est-à-dire aux dimensions du diamètre bipariétal d'un fœtus à terme, on peut escompter l'accouchement naturel ; au-dessous de ce chiffre, l'accouchement spontané devient peu praticable, et mieux vaut intervenir avant que la femme ne soit épuisée par d'inutiles efforts d'expulsion.

I. — Bassin de 11 centimètres à $9^{cm},5$.

Engageons donc la femme à pousser, et prolongeons cette période pendant deux heures, s'il le faut ; à chaque instant, nous ausculterons, pour bien nous rendre compte que l'enfant ne souffre pas. S'il survient quelque incident tant du côté de la mère que du côté du fœtus, s'il est manifeste que la tête ne s'engage pas, si l'utérus, fatigué, ne se contracte qu'irrégulièrement, alors, sans plus tarder, on intervient comme nous allons le dire maintenant.

II. — Bassin de $9^{cm},5$ à 8 centimètres.

N'escomptons pas, avec un fœtus à terme et bien développé, l'accouchement spontané, à moins qu'il ne soit évident que la tête est en train de s'engager. Deux grands modes d'extraction fœtale, le forceps et la version podalique, sont à notre disposition ; auquel faut-il donner la préférence ?

Indications relatives du forceps au détroit supérieur et de la version podalique. — Tout d'abord, le *mode de présentation* dictera notre choix : le siège et l'épaule nécessitent l'extraction podalique; la face et le front feront également pencher la balance en faveur de la version; reste le sommet, dont nous allons nous occuper maintenant exclusivement.

On aura recours de préférence au forceps : 1° quand la tête est déjà fixée au détroit supérieur; 2° quand il s'agit d'une primipare; 3° quand le bassin est généralement rétréci, surtout s'il y a, en même temps qu'angustie osseuse, atrésie des parties molles. L'indication du forceps devient absolue quand la version est rendue impraticable du fait de la rétraction utérine.

On préférera la version podalique : 1° quand la tête reste élevée, mobile au-dessus du détroit supérieur; 2° quand la femme est multipare; 3° quand il s'agit d'un bassin simplement aplati; 4° quand surtout les parties molles sont de bonne qualité. Il est ici encore plus important que lorsqu'il s'agit d'appliquer le forceps d'avoir une dilatation du col bien complète et bien franche.

Dans les cas douteux, où positivement on n'a pas de raison d'incliner vers l'une ou l'autre intervention, on fera bien de commencer par le forceps; si l'on voit que la tête ne descend pas, on retire l'instrument sans trop insister, et on peut alors pratiquer la version.

Enfin, si ces méthodes conservatrices échouent, il n'y a plus qu'à recourir à l'*embryotomie* (Voy. p. 241 et 203), le fœtus étant mort, ou du moins trop compromis pour qu'il soit légitime de faire courir à la femme les graves risques d'une opération sanglante.

Technique de l'application de forceps au détroit supérieur. — Deux cas sont à considérer suivant que la tête se présente en position transverse et mal fléchie, ou en position oblique et hyperfléchie.

1° *La tête est en transverse et imparfaitement fléchie.* — C'est ce qui se voit dans le cas de bassin aplati; le diamètre occipito-frontal du fœtus occupe le diamètre transverse du détroit supérieur, l'occiput regardant directement à droite ou à gauche; la tête, au lieu d'être d'aplomb, est fortement inclinée sur l'un de ses pariétaux, habituellement le pariétal postérieur. Les règles générales de l'application de forceps sont les mêmes que lorsque la tête est dans l'excavation (Voy. p. 133); mais les branches seront introduites plus profondément, si profondément même qu'il faudra les articuler presque dans le vagin. Il faut chercher à réaliser une *prise doublement oblique* : *oblique par rapport à la mère*, la cuiller postérieure étant placée

au-devant d'une symphyse sacro-iliaque, et non pas directement devant le promontoire, où d'ailleurs il serait très difficile de l'introduire, et l'antérieure au niveau de la région ilio-pectinée du côté opposé, et non directement derrière la symphyse; *oblique par rapport au fœtus*, l'une des cuillers reposant sur l'une des régions mastoïdiennes et l'autre sur la bosse frontale du côté opposé.

Il y a avantage à diriger la courbure pelvienne, de façon telle *que sa concavité soit tournée du côté de la face du fœtus* : l'axe des cuillers se rapproche ainsi davantage de l'axe occipito-mentonnier, et, de ce fait, l'instrument a moins de tendance à déraper. C'est donc vers la droite que doit regarder cette courbure pelvienne, quand la tête est en OIGT, et vers la gauche, en cas d'OIDT.

A. **Application sur la tête en OIGT.** — Faisons une prise *suivant le diamètre oblique gauche* du détroit supérieur (fig. 89), comme s'il s'agissait d'une OIGP (Voy. p. 139).

1° *Introduction de la branche droite*, première, à droite et en arrière, sur la bosse frontale qui regarde la symphyse sacro-iliaque; la main gauche, servant de guide, est introduite, tout entière, dans les voies génitales, de façon à bien s'assurer qu'on ne va pas pincer le col.

2° *Introduction de la branche gauche*, seconde, à gauche et en avant sur la région mastoïdienne, qui regarde l'éminence ilio-pectinée gauche;

3° *Articulation*, les manches étant tenus très bas, déprimant fortement le périnée;

4° *Tractions*, soutenues, aidées par une forte expression abdominale (Voy. p. 119), et dirigées *très en bas*; le plus commode, pour les faire suivant la bonne direction, est de s'asseoir par terre;

5° Le détroit supérieur franchi, on rentre dans le cas de toute application dans l'excavation, et on procède à la rotation et au dégagement, comme il a été dit antérieurement (Voy. p. 126).

B. **Application sur la tête en OIDT.** — Faisons une prise *suivant le diamètre oblique droit* du détroit supérieur, comme s'il s'agissait d'une *OIDP* (Voy. p. 138).

1° *Introduction de la branche gauche*, première, à gauche et en arrière, sur la bosse frontale qui regarde la symphyse sacro-iliaque gauche;

2° *Introduction de la branche droite*, seconde, à droite et en avant, sur la région mastoïdienne qui regarde l'éminence ilio-pectinée droite.

Le reste, articulation, tractions, etc., comme ci-dessus.

Quand on sent que le forceps glisse sans entraîner la tête, enlevons-le

avant qu'il ne dérape, et réappliquons-le, au besoin *en variant la prise*, c'est-à-dire en orientant la courbure pelvienne des cuillers en sens inverse de la première fois. Deux ou trois essais loyaux vous

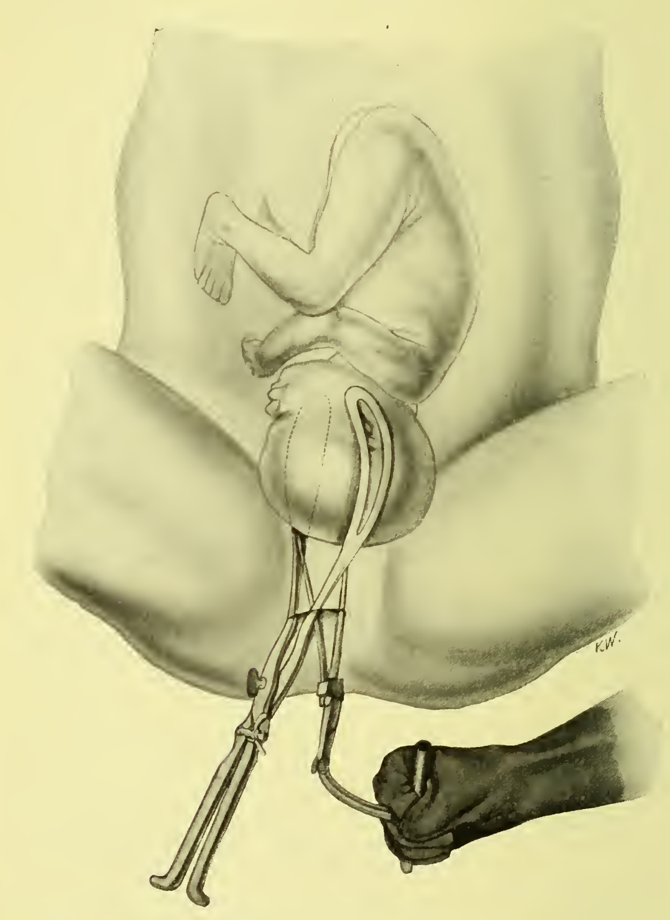


Fig. 89. — *Application oblique de forceps au détroit supérieur* sur une tête en OIGT.

feraient, en cas d'échec, abandonner le forceps. Si, à ce moment, le fœtus est encore vivant, tentons la version à la condition expresse que celle-ci soit encore possible sans risque de rompre l'utérus (Voy. p. 277); s'il est mort ou agonisant, procédons, sans plus attendre, à la basiotripsie (Voy. p. 241).

2° *La tête est en oblique et hyperfléchie.* — C'est ce qui se voit dans le cas de bassin généralement rétréci. Dans ces conditions, la prise, en OIGA, OIGP, OIDA, OIDP, se fait absolument d'après les règles fixées pour les mêmes applications, dans l'excavation (Voy. p. 134) ; seules, la profondeur où il faut introduire les cuillers et la force qu'il faut déployer pour les tractions différencient les applications au détroit supérieur.

Nous avons toujours supposé, jusqu'ici, que l'on faisait usage du forceps de Tarnier ordinaire. Pour les applications au détroit supérieur, il y a avantage à se servir d'un *forceps à courbure périnéale*, qui permet une prise plus correcte et, par là même, plus solide. De même, le tracteur habituel sera avantageusement remplacé *par des lacs* passés dans les fenêtres des cuillers. Ce dispositif (Voy. p. 142), possible avec n'importe quel forceps, permet, entre autres avantages, de corriger l'inclinaison sur le pariétal postérieur : pour cela, il n'y a, au début et au cours des tractions, qu'à faire porter l'effort maximum sur le lacs antérieur : on abaisse ainsi le pariétal correspondant.

Technique de la version podalique dans les bassins rétrécis. — 1° *L'enfant se présente par l'extrémité céphalique.* — Qu'il s'agisse d'un sommet, d'une face ou d'un front, on agira de la même façon (fig. 90), c'est-à-dire qu'on introduira dans l'utérus la main qui, tenue en position intermédiaire entre la pronation et la supination, *regarde par sa face palmaire le plan ventral du fœtus* ; ce sera : la main gauche dans les positions gauches OIGP, MIGP), la main droite dans les positions droites (OIDP, MIDP). Cette main commence par repousser, avec l'extrémité des doigts, la tête dont un aide essaie de favoriser l'ascension en la saisissant au travers des parois abdominales. Le passage étant libre, la main va, d'emblée, *jusqu'au fond de l'utérus*, pour y saisir les pieds. Le reste de l'opération se déroule comme dans toute version podalique.

2° *L'enfant se présente par l'épaule.* — Le choix de la main, le mode de saisie des pieds, l'évolution, le dégagement du tronc ne diffèrent pas, ici, de ce qui se passe dans la version pour présentation de l'épaule ; le lecteur voudra donc bien s'y reporter (Voy. p. 277). Ce qu'il y a de particulier aux bassins rétrécis, *c'est la manière de faire franchir à la tête dernière le détroit supérieur* : toute la difficulté est là, en effet, et c'est cela qu'il nous faut étudier.

Extraction de la tête dernière au travers du détroit supérieur rétréci. — A. **Manœuvre de Champetier de Ribes.** — Il va falloir, après avoir fléchi la tête, faire descendre d'abord le pariétal postérieur, puis le pariétal antérieur.

Premier temps : flexion de la tête. — Supposons que le dos du fœtus soit à gauche. L'opérateur jette son index et son médius droits en fourche sur les épaules de l'enfant et introduit ces deux mêmes doigts de la main gauche dans la bouche du fœtus ; ils prennent point

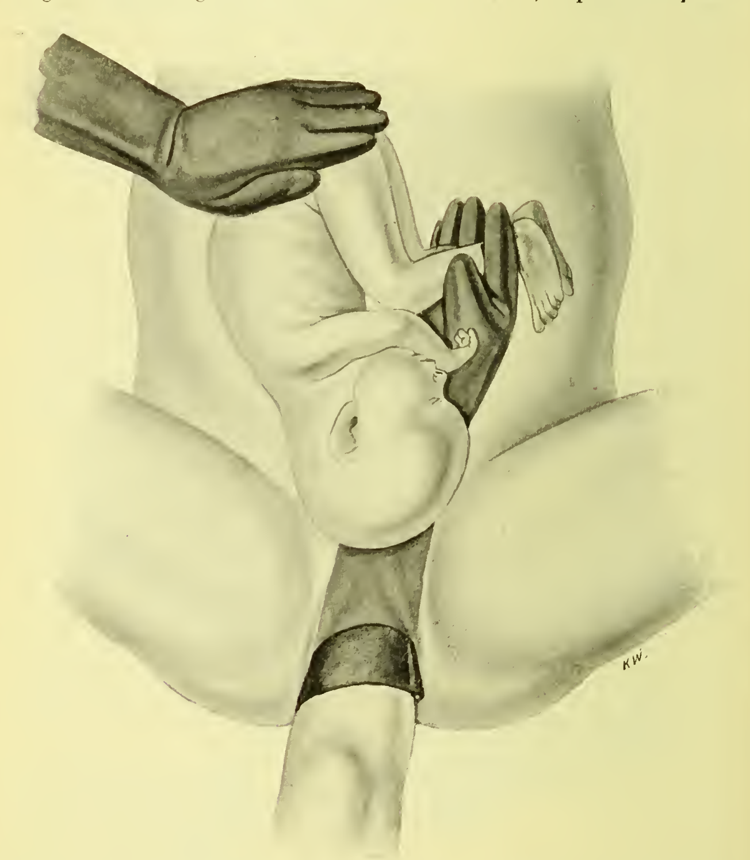


Fig. 90. — *Version podalique*, la tête se présentant au-dessus du détroit supérieur rétréci.

d'appui sur la langue et s'efforcent, par des pressions vers le bas, *de fléchir la tête au maximum*. En même temps, cette même main gauche repousse la tête devant elle, de façon à venir *asseoir l'occiput sur la ligne innominée correspondante*.

Deuxième temps : engagement du pariétal postérieur. — Les deux

mains, agissant de concert, tirent sur le fœtus en même temps *qu'elles le relèvent en avant et en haut*, de façon à mettre en contact la partie antérieure du cou avec le sous-pubis : on engage ainsi le pariétal postérieur (fig. 91).

Troisième temps : engagement du pariétal antérieur. — Les tractions étant maintenues, on reporte le corps du fœtus, d'*avant en arrière*, appliquant la partie postérieure du cou contre la région périnéale :

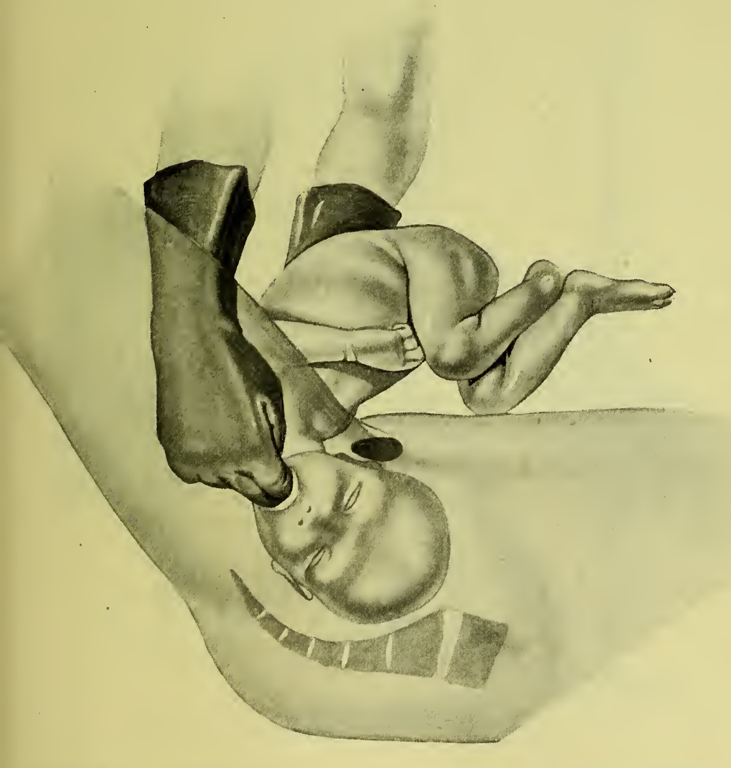


Fig. 91. — *Extraction de la tête dernière* au travers du détroit supérieur rétréci : 1° passage de la bosse pariétale postérieure.

ce mouvement abaisse le pariétal antérieur, dont on achève la descente par des tractions dirigées de haut en bas (Voy. fig. 92). A ce moment, un ressaut très net, facilement perçu par l'opérateur, indique que le bipariétal a franchi le détroit supérieur ; la tête est dans l'excavation ; il n'y a plus qu'à l'en extraire par la manœuvre de Mauriceau (Voy. p. 109).

Il est très utile, presque indispensable, pour mener à bien cette manœuvre, *de pouvoir disposer d'un aide expérimenté.* Cet aide se mettra à genoux sur le lit, du côté où se trouve le front du fœtus (à droite de la femme, dans le cas pris ici comme exemple) ; avec les paumes des mains, il fera de l'expression *sur la région frontale* du fœtus, pendant tout le temps de la manœuvre, et cette expression

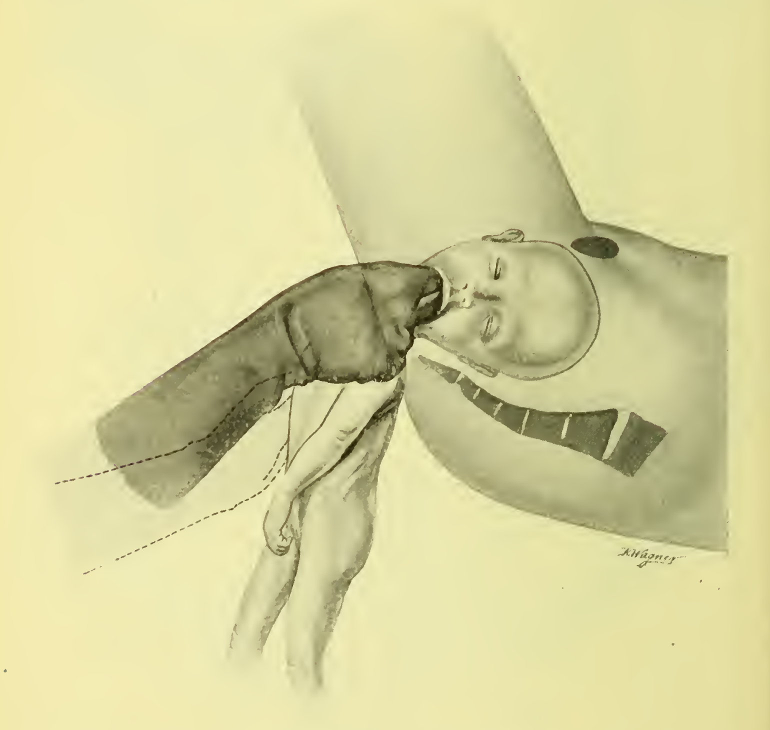


Fig. 92. — *Extraction de la tête dernière* au travers du détroit supérieur rétréci : 2° passage de la bosse pariétale antérieure.

contribuera puissamment à bien fléchir la tête, à refouler l'occiput vers la ligne innominée et à engager le bipariétal.

Nous avons supposé le dos du fœtus tourné vers la gauche ; s'il regarde à droite, la description reste absolument la même, à la condition de changer les mots « main droite » par les mots « main gauche », et *vice versa.*

Si l'on échoue dans cette manœuvre, l'enfant succombe rapidement : il n'y a plus qu'à terminer par embryotomie.

B. **Embryotomie sur la tête dernière.** — Les tractions ont élongé le cou, luxé les vertèbres, mais, habituellement, elles n'ont pas arraché le tronc; la tête lui reste attachée. Le plus simple est, alors, de pratiquer la perforation de la tête dernière.

Technique de la perforation de la tête dernière. — La perforation peut être faite avec le perforateur de Blot (fig. 93); il est plus

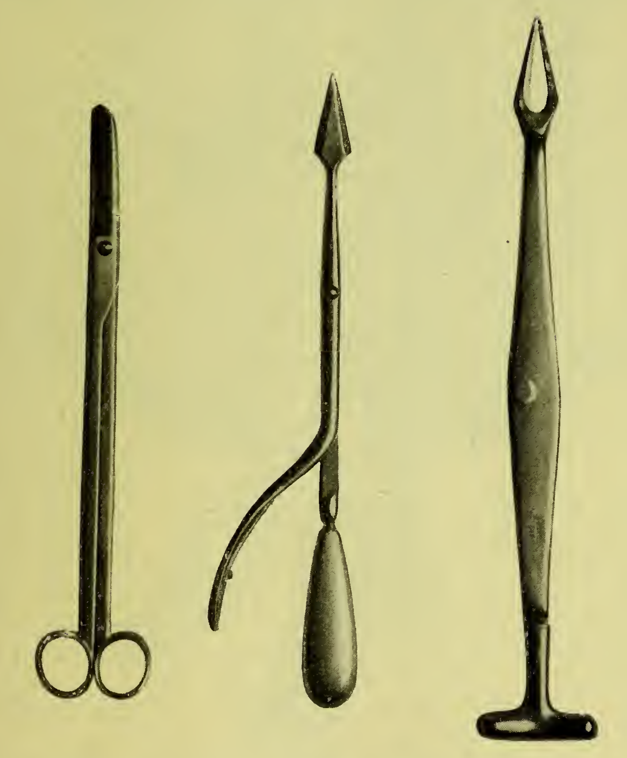


Fig. 93. — Instruments pouvant servir à perforer la tête dernière.

simple de se servir du perforateur du basiotribe. A son défaut, on pourra très bien faire usage d'une paire de forts ciseaux. On opérera de façon différente suivant que la disproportion entre la tête fœtale et le bassin est plus ou moins prononcée.

Premier cas : il n'y a qu'une faible disproportion entre la tête et le bassin. — En pareil cas, n'importe quel orifice donnant issue à la matière cérébrale sera bon. *Un aide fixant solidement la tête au travers de la paroi abdominale*, vous confiez le tronc du

fœtus à une autre personne, en la priant de l'abaisser au maximum et de l'attirer latéralement en sens inverse de la direction de l'occiput, de façon à bien dégager la *région sous-mastoïdienne antérieure*,

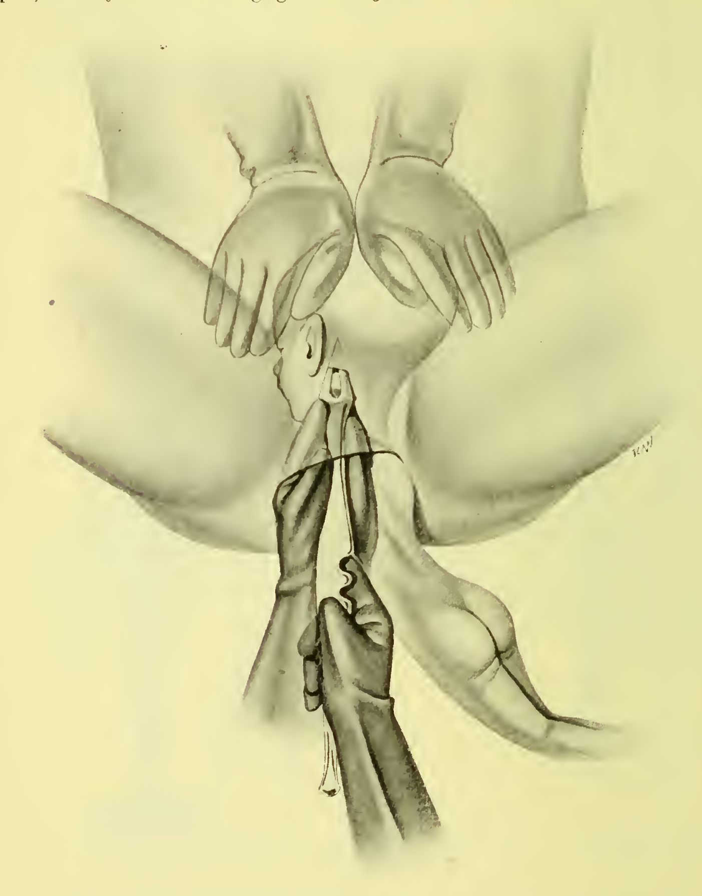


Fig. 94. — *Perforation latérale sous-mastoïdienne* de la tête dernière.

qu'il s'agit d'attaquer (fig. 94). La main gauche servant de guide et protégeant les parties maternelles, la main droite introduit le perforateur en en dirigeant la pointe *de bas en haut et un peu d'avant en arrière* : pas trop en haut, car cette pointe pourrait aller blesser la vessie au travers du segment inférieur ; pas trop en arrière non plus, car elle se perdrait dans les parties molles de la nuque, au

lieu de pénétrer dans la boîte cranienne. Quand la pointe a pris contact avec les téguments de la région mastoïdienne, sous et rétro-auriculaire, imprimez au manche du perforateur des mouvements « en tours de clé », alternativement de gauche à droite, puis de droite à gauche, en même temps que vous appuyez ; la pointe de l'instrument, dont votre main gauche ne perd pas le contact, effondre les parties molles, les os, puis pénètre dans l'intérieur de l'encéphale : vous êtes prévenu de cette pénétration, en sentant l'instrument s'enfoncer brusquement, au moment où les tissus ne lui opposent plus de résistance ; atténuez d'ailleurs la brusquerie de cette pénétration. Puis, une fois la pointe à l'aise en plein encéphale, imprimez au manche du perforateur un mouvement de circumduction, de façon à dilacérer les méninges et à faciliter ainsi l'issue de la matière cérébrale ; si vous avez employé le perforateur de Blot, faites-en jouer, à ce moment, les lames, comme si vous vouliez ouvrir et fermer une paire de ciseaux. Ceci étant fait, retirez l'instrument désormais inutile ; l'extraction va se terminer à main nue. Une main met ses doigts en fourche sur les épaules, l'autre introduit l'index et le médius dans la bouche, et toutes deux tirent, très en bas, pendant que l'aide fait de l'expression abdominale. La tête se vide de son contenu et se lamine au travers du détroit supérieur ; quand elle est dans l'excavation, on l'en extrait par la manœuvre de Mauriceau (Voy. p. 109).

Deuxième cas : la disproportion entre la tête et le bassin est assez prononcée. — La perforation mastoïdienne risque, alors, d'être insuffisante ; il convient de la remplacer par une autre qui, atteignant la base du crâne dans ses œuvres vives, en détruise plus sûrement la solidité. Pour cela, le mieux est de faire sauter la clé de voûte du sphénoïde. Or on peut atteindre le corps du sphénoïde par deux voies : par la bouche ou par la voie sus-hyoïdienne.

α. *Perforation par voie buccale.* — Un aide maintenant solidement la tête au travers de l'abdomen, l'autre aide porte le tronc du fœtus en bas et *latéralement du côté de l'occiput.* Introduisez deux doigts dans la bouche pour abaisser le menton au maximum, et, sous le contrôle de ces doigts-guides, conduisez la pointe du perforateur au *contact de la voûte palatine* (fig. 95) qu'il va s'agir d'effondrer, non pas juste sur la ligne médiane que renforce le contrefort ethmoïdien, mais latéralement. Cette perforation est d'ailleurs pénible ; il faut appuyer fort et longtemps ; enfin l'instrument pénètre dans le cerveau, et on termine comme il vient d'être dit.

β. *Perforation par voie sus-hyoïdienne.* — La tête peut se défléchir au cours des tentatives d'extraction ; en pareil cas, vous ne pouvez

plus atteindre la bouche; faites alors la perforation par voie sus-hyoïdienne (fig. 96). Avec les longs ciseaux de Dubois (Voy. p. 288), coupez toutes les parties molles de la région, téguments,

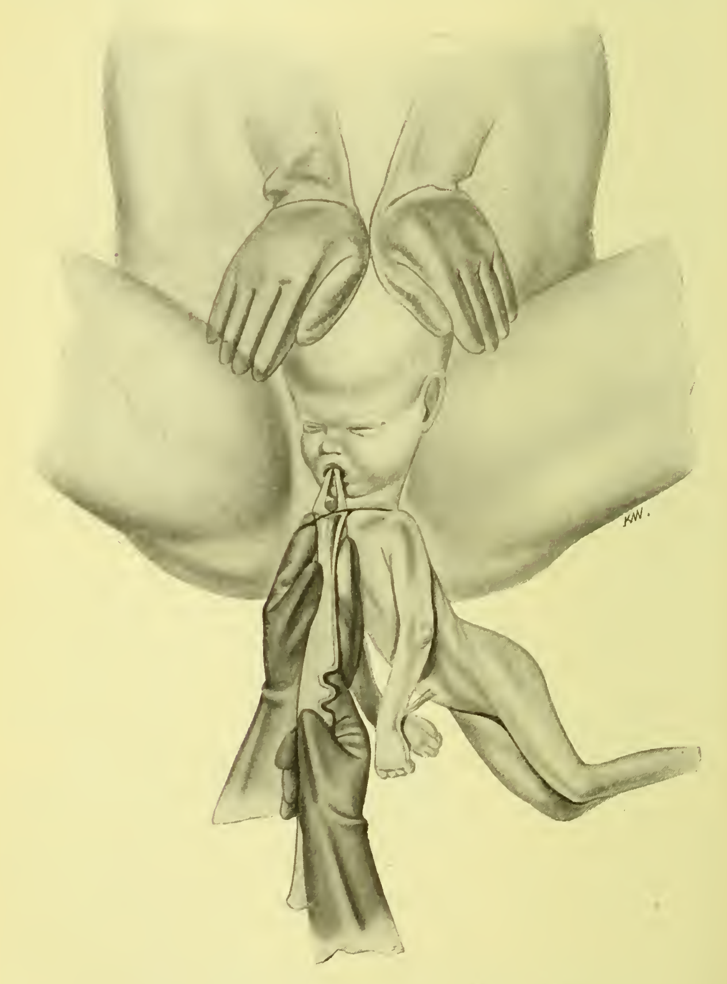


Fig. 95. — *Perforation par voie buccale* de la tête dernière.

muscles, trachée et œsophage; effondrez, avec la pointe de ces ciseaux, ou même avec les doigts, le plancher buccal, et la voie étant ainsi ouverte, dirigez le perforateur le long de la face anté-

rieure du rachis ; la pointe finira par atteindre la *région basilaire*, qu'elle perforera non sans peine. Ensuite, on termine comme précédemment.

LIBRARY
BRITISH MEDICAL ASSOCIATI
PRESENTED BY THE EDITOR OF B. M. J.

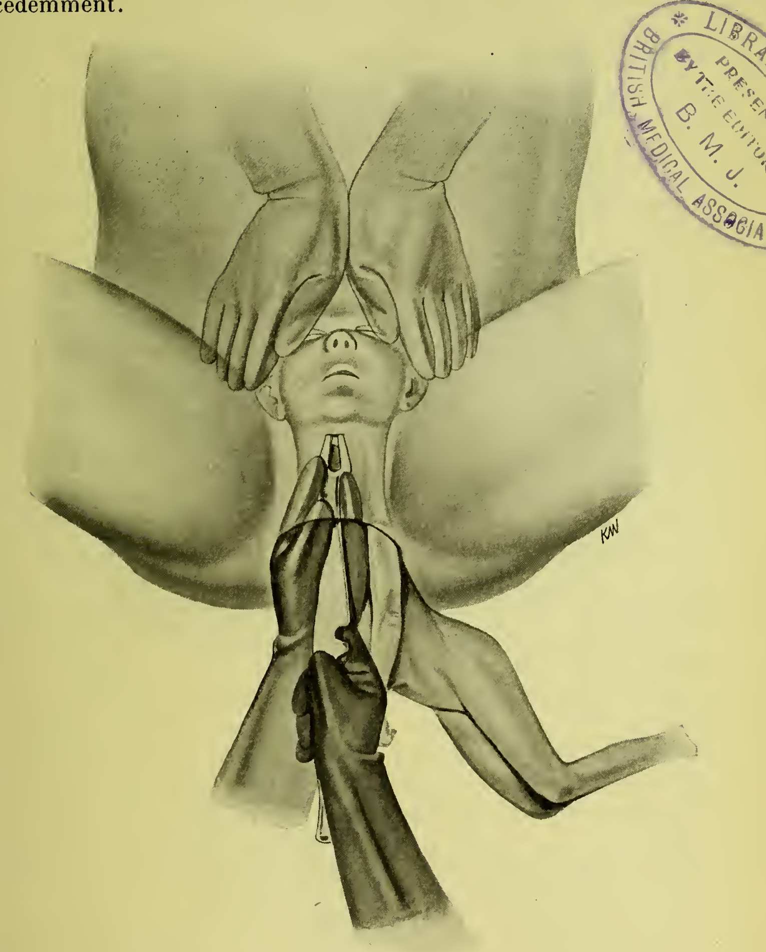


Fig. 96. — *Perforation par voie sus-hyoïdienne* de la tête dernière.

Troisième cas : la disproportion entre la tête et le bassin est très prononcée. — La simple perforation devient, dans ces conditions, insuffisante ; cette opération n'est plus alors que le premier temps d'une autre intervention : cranioclasie ou basiotripsie.

La *cranioclasie* sur la tête dernière va être décrite dans un instant (Voy. plus loin). La *basiotripsie*, un peu moins aisée, mais triomphant plus sûrement des cas difficiles, se fait suivant les mêmes principes que lorsque la tête vient première et sera étudiée plus loin (Voy. p. 251). Remarquons, d'ailleurs, qu'on aura rarement besoin d'en venir à cette opération, d'une exécution souvent difficile et que, dans l'immense majorité des cas, une perforation bien faite permettra d'extraire la tête dernière au travers du bassin rétréci.

C. **Extraction de la tête séparée du tronc et restée seule « in utero ».** — Les tractions podaliques ont pu décoller les vertèbres cervicales, rompre les parties molles qui les habillent, et finalement arracher le tronc de la tête qui reste, seule, dans l'utérus. C'est là un fâcheux accident et qu'il faut à tout prix éviter : *aussi ne doit-on jamais, au cours d'une extraction podalique, sectionner volontairement le cou du fœtus*, et, quand on sent que ce cou, s'élongeant, est prêt de se rompre, il faut arrêter les tractions et recourir à la perforation. Supposons que cette éventualité se soit produite. Comment va-t-on pouvoir extraire la tête? *En la perforant, puis en la saisissant à l'aide d'un cranioclaste.*

α. Perforation. — La tête isolée du tronc est très mobile et roule comme une balle dans l'utérus; elle finit toujours par orienter sa face ou sa base vers le détroit supérieur; c'est donc par là que l'on va la perforer. Toute la difficulté consiste à l'immobiliser. Le rôle de l'aide qui saisit l'utérus, et l'exprime, au travers de l'abdomen, est ici plus important que jamais; si, d'autre part, une portion du cou est restée attenante à la tête, on pourra saisir ce moignon cervical à l'aide de la pince de Ménard, de grosses pinces de Museux, ou encore du davier de Farabeuf. Si même cette ressource fait défaut, tâchons de tenir le maxillaire inférieur à l'aide d'un crochet mousse; pour peu que l'on tire, d'ailleurs, cet os va se briser, puis s'arracher! Cette fixation étant réalisée, tant bien que mal, nous allons perforer la tête soit par *une des cavités orbitaires*, soit *en plein front*; la perforation palatine serait excellente, mais elle est extrêmement difficile à réaliser sur une tête aussi mal immobilisée.

β. Cranioclasie. — Le cranioclaste, préhenseur parfait car il ne lâche jamais prise, et de maniement facile, est ici l'instrument hors pair : le forceps serait déplorable, presque toujours impuissant, et le basiotribe, d'un maniement moins aisé, est loin, en pareil cas, de pouvoir être comparé au cranioclaste. Introduisons donc, en la tenant de la main droite, et la guidant sur la main gauche, la branche pleine, dans le crâne, au travers de l'orifice que vient de créer le perforateur (fig. 97) ; appliquons ensuite la branche fenê-

trée à l'extérieur, soit sur la base, soit sur un des côtés de la face

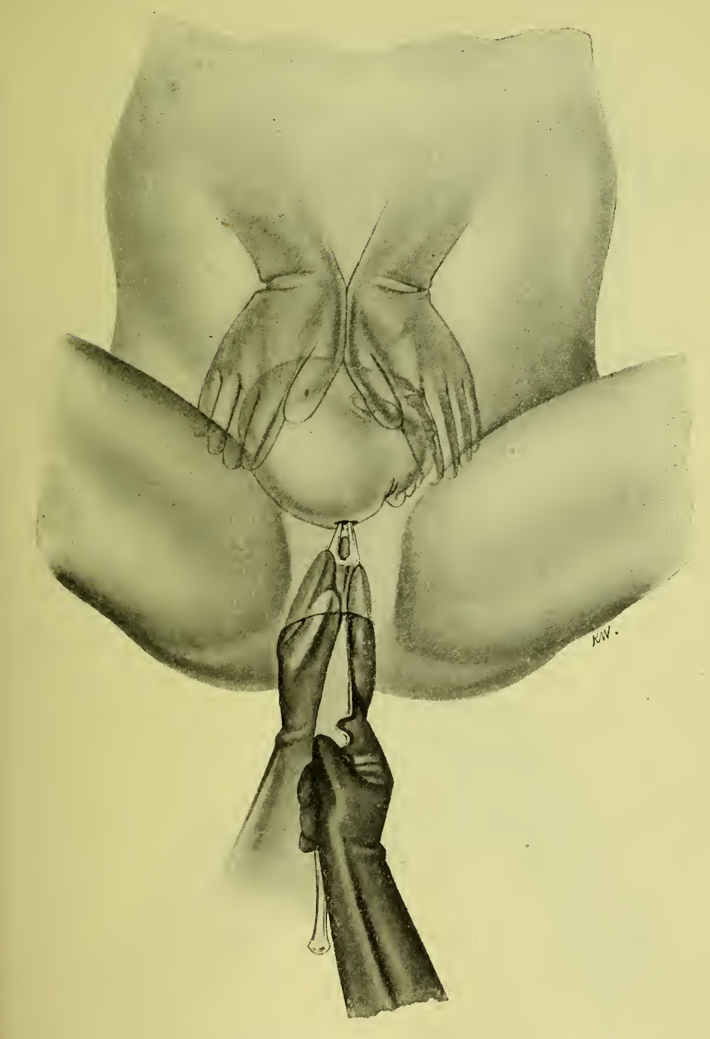


Fig. 97. — *Tête dernière demeurée seule « in utero » :* extraction par cranioclasie : 1° perforation.

(fig. 98) ; articulons, serrons à fond la vis à écrou et trions en imprimant à l'ensemble céphalo-instrumental un mouvement de

spire : il est bien rare que la tête ne descende pas dans l'excavation.

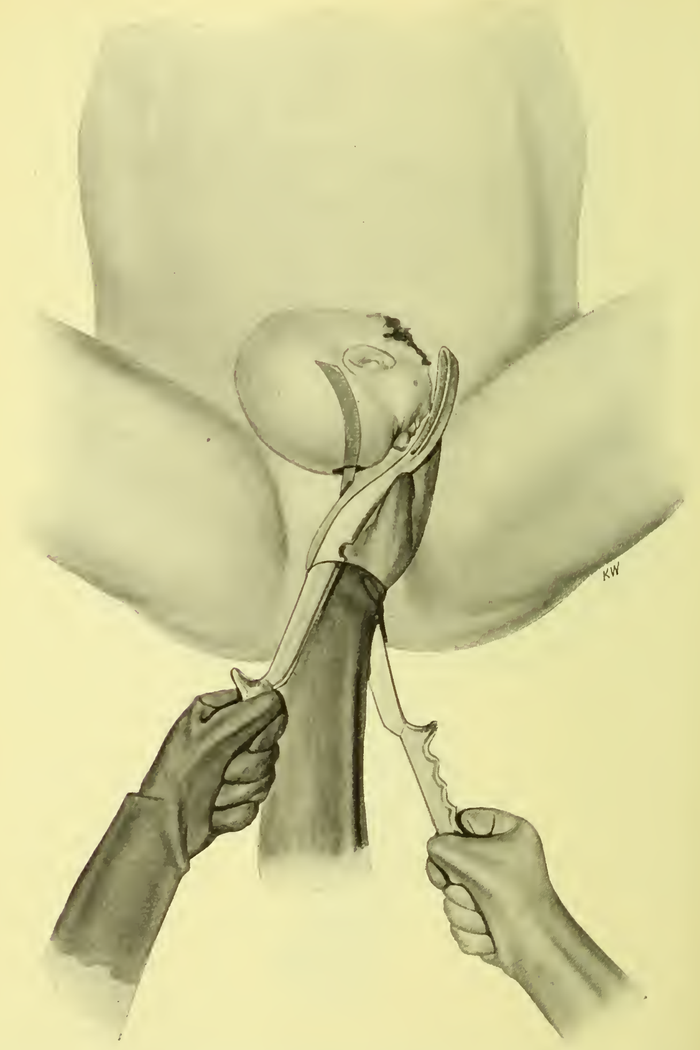


Fig. 98. — *Tête dernière demeurée seule « in utero » :* extraction par cranioclasie : 2° application des branches.

Il est des cas particulièrement difficiles où le cranioclaste, au lieu d'entraîner la tête, en arrache une portion, la plus grande partie

restant dans l'utérus. Il faut, sans perdre courage, réappliquer l'instrument, en s'efforçant de faire une prise aussi large que possible. Si le même accident se répète, la tête toute disjointe ne va pouvoir

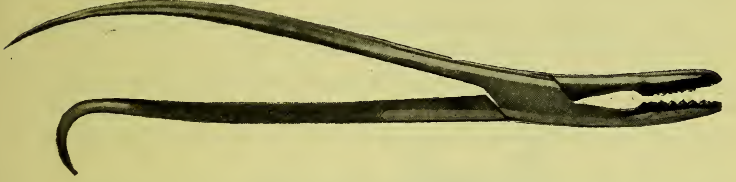


Fig. 99. — Pince de Ménard.

être extraite que par fragments : à l'aide de la pince de Ménard (fig. 99), on va saisir chaque os, l'un après l'autre, et cela pendant une heure, deux heures, jusqu'à ce que l'utérus soit vide !

Enfin il est des cas où tout échoue. En pareille circonstance, la seule opération logique est l'hystérectomie (Voy. *Gynéc.*).

SECOND CAS : L'ACCOUCHEMENT EST IMPOSSIBLE.

D'une manière générale, on peut admettre que l'accouchement, à terme ou près du terme, d'un enfant normalement développé, est impossible, sans mutilation fœtale, *toutes les fois que le diamètre promonto-pubien minimum est égal ou inférieur à 8 centimètres*. Cette limite peut même être portée à $8^{cm},5$, si l'on a affaire à un bassin généralement rétréci, avec atrésie des parties molles, ou si le fœtus paraît d'un développement au-dessus de la normale. Il va falloir, dans de telles conditions, recourir à une intervention sanglante. Cette intervention peut être l'opération césarienne ou la pubiotomie (symphyséotomie ou hébotomie). L'une et l'autre demandent, pour pouvoir être entreprises, les conditions suivantes : 1° il faut que la femme, dûment informée de ce qu'on va lui faire, soit consentante ; 2° que les conditions matérielles (de lieu, d'assistance, etc.) permettent d'entreprendre un acte chirurgical aussi important ; 3° que le fœtus soit bien vivant et n'ait subi aucune autre intervention, telle qu'une application laborieuse et infructueuse de forceps, de nature à avoir compromis sa viabilité. En l'absence de ces conditions, il faudrait, coûte que coûte, tenter l'accouchement par voie basse, et la version podalique ou l'application de forceps essayées ainsi, en désespoir de cause, ne seront bien souvent que le prélude d'une embryotomie achevant un enfant agonisant ou porteur de graves traumatismes craniens.

L'hypothèse de l'intervention chirurgicale étant admise, que faut-il faire, une césarienne ou une pubiotomie ? Distinguons deux cas suivant que le diamètre promonto-pubien minimum est supérieur ou inférieur à 7 centimètres.

1° **Le diamètre minimum est supérieur à 7 centimètres.** — La césarienne et la pubiotomie peuvent alors être mises en balance. On inclinera vers la césarienne, s'il s'agit d'une primipare, si le bassin est généralement rétréci, les parties molles atrésiées, le fœtus volumineux; les conditions inverses feront pencher en faveur de la pubiotomie.

2° **Le diamètre minimum est inférieur à 7 centimètres.** — La pubiotomie ne donnerait pas un agrandissement suffisant, et seule la césarienne reste à envisager.

Opération césarienne dans les bassins rétrécis.

Le mieux est de la pratiquer *au terme de la grossesse*, en choisissant l'heure et le jour, comme pour toute autre opération chirurgicale. Si la femme est en travail, il faut intervenir *le plus rapidement possible*; mais l'opération reste indiquée, même à dilatation complète, *si la parturiente ne présente aucun signe d'infection*. Dans ces conditions idéales, nous allons faire une opération césarienne dite *conservatrice*, c'est-à-dire une simple hystérotomie.

Technique de l'opération césarienne conservatrice. — A. *Préparatifs.* — L'opération césarienne doit se faire dans les conditions requises pour toute laparotomie : c'est-à-dire qu'on devra transporter la femme dans une maison de santé, si la chose est possible ; sinon, on choisira pour opérer une pièce claire et de nettoyage facile ; on la disposera suivant les préceptes habituels de la chirurgie (Voy. *Technique chirurgicale*). Toute table, longue et étroite, pourvu qu'elle soit propre, serait suffisante; il y a grand avantage, cependant, à pouvoir disposer d'une table pouvant être mise en position de Trendelenburg.

Comme instruments, il faudra avoir (fig. 100) : deux bistouris, une paire de ciseaux droits et forts, une pince à dissection, une pince à griffes, douze pinces hémostatiques (pinces de Kocher et pinces à forcipressure), une pince à pansement, une aiguille de Reverdin, très forte et à grande courbure ; une aiguille de Reverdin courbe ordinaire; une sonde urétrale, une seringue pour injections hypodermiques. Voilà le minimum indispensable ; mais il est mieux

de faire préparer, si on le peut, deux autres plateaux d'instruments, l'un contenant tout ce qu'il faut *pour pratiquer une hystérectomie* (pinces-clamps multiples, aiguille à pédale), et l'autre, le nécessaire *pour une suture intestinale* (aiguilles et pinces très fines). Cette dernière précaution est indispensable toutes les fois que l'on intervient chez une femme présentant une cicatrice de laparotomie antérieure : en pareil cas, il faut toujours craindre, en effet de trouver l'intestin adhérent à l'utérus.

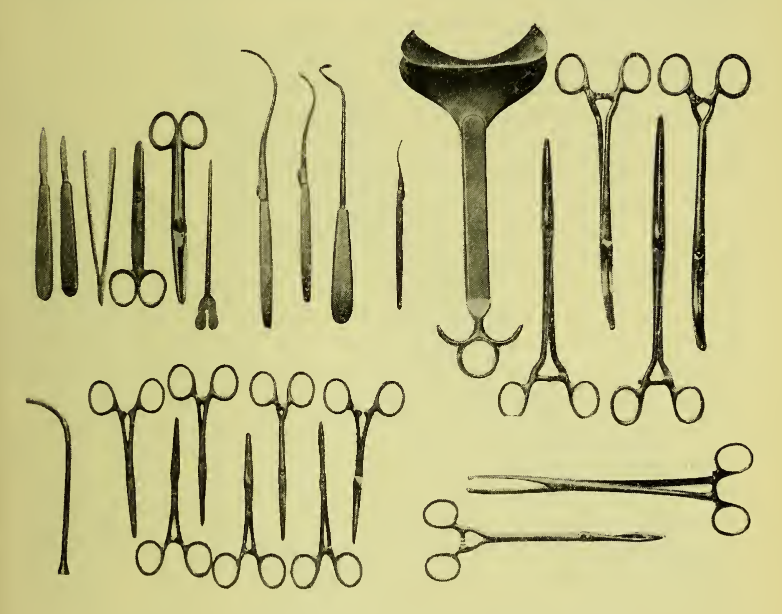


Fig. 100. — Instruments à préparer pour une opération césarienne.

Comme matériaux de sutures, on préparera : 1° pour l'utérus, soit de la soie n° 2, coupée en tronçons de 25 centimètres, soit du tendon de renne ; 2° pour la paroi, un long catgut n° 2 pour le surjet péritonéal, des brins de catgut n° 2 pour le plan musculo-aponévrotique ; une vingtaine de crins de Florence pour la peau ; 3° en cas de suture intestinale, de la soie très fine, nos 0 et 00.

Comme matériaux de pansements, il faut avoir : des champs de toile grands et moyens, des tampons-éponges en tarlatane ; des compresses-longuettes en tarlatane repliées en plusieurs doubles ; une bande *stérilisée* ou *peroxydée*, dite *bande sans fin*, longue de 10 mètres au moins, large de 10 à 15 centimètres ; plusieurs lames d'ouate

hydrophile, un bandage de flanelle haut de 50 centimètres ; le tout très soigneusement stérilisé. On aura en outre à sa disposition plusieurs litres d'eau bouillie chaude et froide ; 1 litre d'alcool à 90° ; 250 grammes de teinture d'iode ; une solution d'ergotine ; deux gros drains de caoutchouc ; des ampoules de sérum physiologique.

Il faut, d'autre part, préparer tout ce qui est nécessaire pour ranimer le nouveau-né, s'il en était besoin (Voy. *Traitement de la mort apparente*, p. 92).

Quatre personnes sont nécessaires pour une césarienne : l'opérateur, son aide direct, une personne pour l'anesthésie, une personne (médecin, sage-femme ou garde, pour s'occuper du nouveau-né). L'opérateur et l'aide direct se prépareront les mains comme avant toute laparotomie (Voy. *Précis de technique opératoire*), et de préférence feront usage de gants de caoutchouc stérilisés.

La parturiente aura reçu, durant les jours précédents, les soins suivants : chaque jour, un grand bain savonneux ; matin et soir, un savonnage vulvaire suivi d'une injection au permanganate de potasse ou encore à l'eau oxygénée. La veille de l'opération, la femme est purgée, le pubis rasé ainsi que la vulve, et la paroi abdominale, soigneusement savonnée, est recouverte d'un pansement aseptique ; le matin de l'intervention, on administre de bonne heure un lavement évacuateur.

Nous voici au moment d'opérer : la femme est couchée sur la table, d'abord en position horizontale, la tête tournée du côté de la lumière. Pendant que l'on commence l'anesthésie, l'aide nettoie la paroi abdominale *depuis le pubis jusqu'aux seins* (Voy. *Technique chirurgicale*) ; puis une autre personne savonne la vulve et le vagin et donne l'injection ; enfin on évacue la vessie par un cathétérisme très soigneux. On apportera à ce sondage, qu'il est bon de faire avec une sonde de Nélaton, un soin tout spécial ; la vessie peut, en effet, remonter très haut ; des opérateurs l'ont blessée au voisinage de l'ombilic ! La région opératoire étant circonscrite par des champs, l'accoucheur se place à droite ou à gauche, *ad libitum* ; personnellement, nous préférons nous mettre à gauche ; il a près de lui ses instruments et une cuvette d'eau bouillie ; en face, l'aide direct a à sa disposition les pinces hémostatiques, les tampons-éponges et les fils ; la personne qui va s'occuper de l'enfant se tient près du lit, avec un linge chaud et aseptique sur lequel elle recevra le nouveau-né.

B. ***Opération***. — Elle comprend trois temps : l'ouverture de l'abdomen et de l'utérus, l'extraction du fœtus et de la délivrance, les sutures de l'utérus et de la paroi.

1° **Ouverture de l'abdomen et de l'utérus.** — *a.* LAPAROTOMIE. — La femme est mise en position de Trendelenburg. De 3 à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'au fond de l'utérus préalablement repéré, la main droite, armée du bistouri, incise les téguments sur une *longueur de 25 à 30 centimètres*. Cette incision se fait sur la ligne médiane (fig. 101 et 102) ; elle est rectiligne, sauf au niveau de l'ombilic, qu'elle contourne dans son tiers ou son quart inférieur,

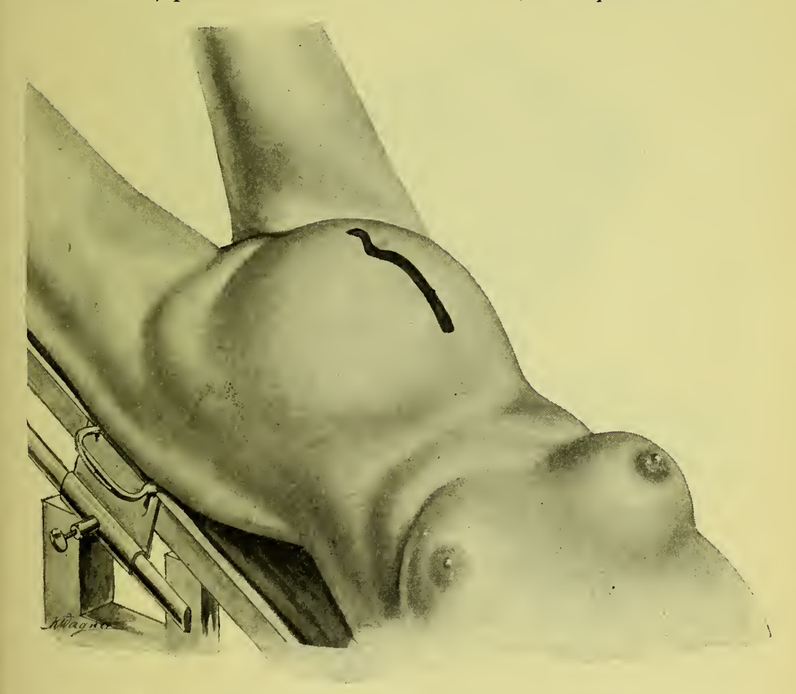


Fig. 101. — *Opération césarienne :* tracé de l'incision cutanée.

étant *presque entièrement sus-ombilicale*. Le bistouri doit être manié *avec la plus extrême douceur* ; la paroi abdominale est tellement mince chez la femme à terme qu'un trait un peu appuyé risquerait de blesser d'emblée les organes intra-abdominaux. Sitôt le péritoine entamé en un point, on relève, à l'aide de deux pinces de Kocher, les lèvres de la brèche ainsi créée, et, avec deux doigts de la main gauche comme guides, on donne à l'incision, à l'aide des ciseaux, la longueur nécessaire.

b. EXTÉRIORISATION DE L'UTÉRUS ET PROTECTION DU PÉRITOINE. —

Le ventre étant ouvert, la face antérieure de l'utérus, lisse et violacée, apparaît dans le champ opératoire. Il s'agit maintenant de protéger la grande cavité péritonéale contre les liquides qui vont s'écouler lors de l'ouverture et de l'œuf. Pour ce faire, on commence par extérioriser l'utérus hors de l'abdomen, comme s'il s'agissait d'enlever quelque volumineux fibrome; on y arrive grâce à des pressions exercées sur les parties latérales de l'abdomen; la main



Fig. 102. — *Opération césarienne :* disposition des champs.

gauche essaie, également, de saisir le fond de la matrice. Sitôt cet organe à l'extérieur, on dispose un grand champ entre sa face postérieure et la paroi sur laquelle elle va se reposer; la masse intestinale ne doit pas être vue pendant toute l'opération. On ajoute, au besoin, quelques compresses dans les parties latérales et en avant, s'il s'agit de protéger quelque anse grêle tendant à faire issue. A ce temps capital de l'isolement il faut procéder avec minutie et sans hâte.

c. Ouverture de l'utérus. — Pour ce temps, — mais pour ce temps seulement, — *il faut aller vite*, de façon à réduire au minimum l'hémorragie. L'utérus devant être incisé sur la ligne médiane, c'est-à-dire dans la région la moins vasculaire, l'aide applique les deux mains à plat, des deux côtés de la matrice, la redresse et la détord, corrigeant ainsi son inclinaison et sa torsion vers la droite.

A ce moment, prenez le bistouri; limitez-en, avec les doigts, 2 cen-

timètres de lame environ ; enfoncez carrément cette pointe dans le muscle utérin et sur la ligne médiane, au point qui va correspondre à l'extrémité supérieure de la section, c'est-à-dire au niveau du fond; vous faites ainsi une boutonnière de 2 à 3 centimètres, dans laquelle, immédiatement, vous insinuez l'index gauche (fig. 103),

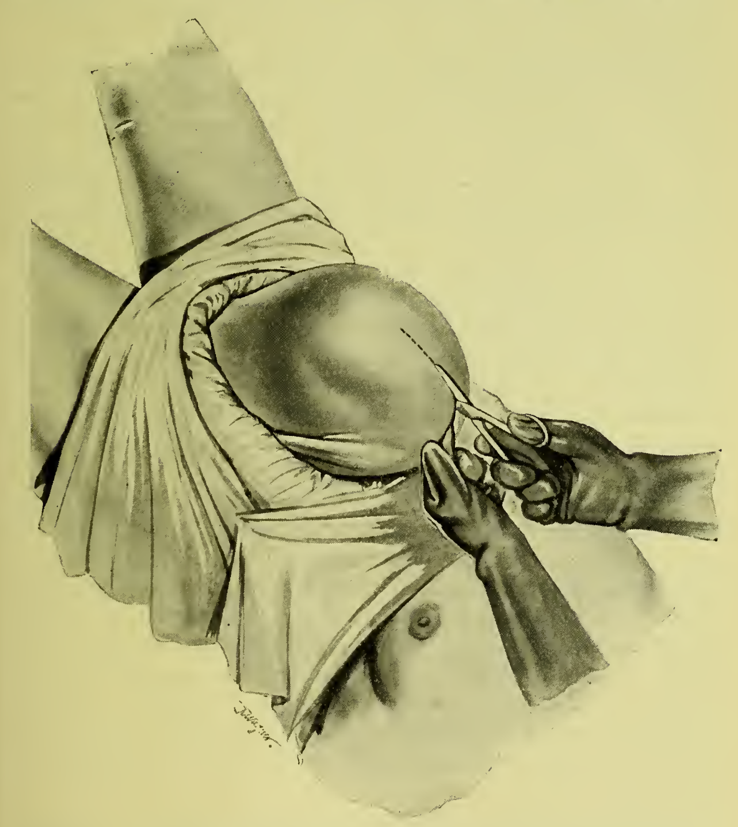


Fig. 103. — *Opération césarienne :* incision, au niveau de la partie toute supérieure de sa face antérieure, de l'utérus extériorisé.

tandis que votre main droite dépose le bistouri désormais inutile, pour prendre les forts ciseaux droits, avec lesquels, en vous guidant sur votre doigt gauche, vous allez inciser la paroi utérine bien carrément *sur une longueur de 12 bons centimètres.* Si le placenta est là, il va, peut-être, se trouver sectionné en même temps que l'utérus; mieux vaut le décoller rapidement, à la main, de sa zone

d'insertion et le récliner d'un côté ou de l'autre de la plaie utérine. Ne vous inquiétez pas de l'hémorragie et *n'essayez pas de la juguler* : elle va s'arrêter d'elle-même quand l'utérus vide pourra se contracter. Il est donc absolument inutile d'éponger ou de tenter de placer des pinces hémostatiques ; allez vite, tout est là. D'ailleurs, à titre prophylactique, vous aurez toujours pu faire faire, au début de l'intervention, une injection sous-cutanée d'ergotine.

2° **Extraction du fœtus et de l'arrière-faix.** — *a.* Extraction du foetus. — L'aide ne bougeant pas, l'opérateur introduit la main droite au travers de la brèche utérine et *va chercher les pieds* de l'enfant. Il y a toujours avantage à extraire le fœtus par traction podalique. Cette extraction doit se faire sans violence, sans précipitation ; au fur et à mesure que le corps du fœtus quitte l'utérus, celui-ci se rétracte ; on finit par une ébauche de la manœuvre de Mauriceau. Si l'extrémité céphalique se trouvait emprisonnée par l'utérus, n'exercez pas d'effort dangereux, mais d'un coup de bistouri ou de ciseaux agrandissez la brèche. Couchez l'enfant sur le linge que vous présente la personne qui doit s'en occuper; jetez une pince de Kocher sur le cordon, que vous sectionnez à 2 centimètres en deçà de cette pince. L'enfant est emporté dans la pièce où tout a été préparé pour le ranimer, s'il en est besoin, et pour lui donner les soins habituels (Voy. p. 88).

b. Extraction de l'arrière-faix. — Sitôt le fœtus extrait, l'utérus se rétracte, et l'hémorragie diminue *ipso facto.* Avec une large compresse, on éponge le champ opératoire ; si, pour une raison quelconque, l'utérus n'avait pas été extériorisé jusqu'ici, il faudrait le faire maintenant : il n'y a qu'à l'accrocher avec un ou deux doigts au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision pour le tirer hors du ventre ; l'aide a soin d'insinuer un large champ de toile entre la paroi postérieure de la matrice et la plaie abdominale, ce qui a le double avantage d'empêcher la souillure du péritoine et de s'opposer à l'issue des anses grêles. L'utérus reposant sur ce champ comme sur un plateau, on est très à l'aise pour procéder à la délivrance avec toute la minutie que comporte ce temps opératoire.

Commençons par le placenta ; s'il s'insère en avant, il se présente de lui-même et est facilement extrait ; s'il siège en tout autre endroit, nous irons le chercher, puis l'accrocher avec l'extrémité des doigts de la main droite, comme lorsqu'on pratique une délivrance artificielle (V. p. 354).

L'extraction des membranes va nous demander plus de temps, car il est ici plus important que jamais de n'en point laisser dans l'utérus. Procédons avec douceur pou r ne pas les arracher par petit

lambeaux ; au niveau des cornes, étalons, comme si nous voulions l'inverser, la paroi utérine ; apportons un soin tout spécial à ce décollement des membranes au niveau du segment inférieur ; là, en effet, l'adhérence est souvent intime, et il ne faut pas risquer de laisser au niveau de l'orifice utérin un pont membraneux qui s'opposerait à l'écoulement lochial ! Terminons, au besoin, par une sorte d'écouvillonnage de la cavité utérine, à l'aide d'une compresse de tarlatane sèche, dont on essuie tout l'endométrium exactement comme l'on essuierait un récipient quelconque. *Nous ne passerons au temps suivant qu'après nous être bien assurés que cette délivrance membraneuse est rigoureusement complète.*

Ceci étant fait, on essuie à l'aide de compresses les lèvres de la plaie utérine ; puis on renouvelle les champs souillés par le sang et le liquide amniotique.

3° **Fermeture de l'utérus et de l'abdomen.** — *a.* Suture de l'utérus. — Commençons par l'angle inférieur de la plaie (fig. 104) ; la grosse aiguille courbe de Reverdin est enfoncée dans le muscle utérin, à un bon centimètre de la lèvre droite de la plaie ; elle traverse toute l'épaisseur de ce muscle, gagne la partie profonde de la lèvre opposée, qu'elle perfore à la même distance. Un fil de soie n° 2 ou de tendon de renne est chargé sur cette aiguille ; il sera noué *trois fois* avec le plus grand soin. Il importe de bien coapter les deux lèvres de la plaie, mais il est dangereux de serrer trop fortement, car les fils couperaient le muscle utérin. Le triple nœud terminé, on sectionne les deux chefs du fil, en leur laissant une longueur de 2 centimètres : coupés plus courts, ils risqueraient de se dénouer. Un second fil est placé, de la même manière, à $1^{cm},05$ du premier, puis un troisième, et ainsi de suite jusqu'à ce que la brèche utérine soit bien exactement close : huit à dix fils suffisent généralement pour cela.

Pendant que l'on procède à cette suture, on a soin d'intercaler une compresse dans la partie de la plaie encore béante, compresse qui protège cette plaie de tout contact, et que l'on retire au fur et à mesure que la suture se complète. Cette suture, *en un seul plan et par points séparés*, étant terminée, on essuie soigneusement la face antérieure de l'utérus, et on s'assure qu'en aucun point les tissus de la plaie ne bâillent : un ou deux fils supplémentaires, à la soie ou au catgut n° 2, pareraient à cet inconvénient. Cette suture, bien faite, réalise complètement l'hémostase, comme on peut le constater en essuyant la matrice, à l'aide de deux ou trois compresses.

b. Toilette du péritoine. — Retirons d'abord, l'une après l'autre, toutes les compresses qui ont été disposées en arrière et autour de

l'utérus ; laissons ce dernier rentrer dans l'abdomen, où il retombe naturellement dès que la compresse qui soutenait sa face postérieure ne le maintient plus; puis, soulevant, de chaque côté, la paroi abdominale, inspectons la cavité péritonéale: si quelque caillot y est tombé, enlevons-le soigneusement, et, à l'aide de petits tampons



Fig. 104. — *Opération césarienne :* la suture utérine après la délivrance.

montés sur de longues pinces, épongeons, sans frotter, les culs-de-sac pré et latéro-utérins. Le péritoine étant bien asséché, les anses grêles ayant repris leur place habituelle, on rabat, on étale le grand épiploon au-devant de l'utérus, pour en recouvrir la ligne de suture. Il n'y a plus qu'à fermer l'abdomen, sans drainer.

c. Fermeture de l'abdomen. — On procède à ce temps méthodiquement, comme à la fin de toute laparotomie chirurgicale. S'étant assuré qu'aucun vaisseau pariétal ne donne, et, s'il en était autrement,

en ayant réalisé l'hémostase, on ferme l'abdomen de préférence en *trois plans* : 1° le péritoine par un surjet au catgut ; la malade est ramenée en situation horizontale, dès que ce surjet est sur le point d'être terminé ; 2° la plaie musculo-aponévrotique par des points séparés au catgut ; 3° les téguments superficiels par des crins de Florence. L'anesthésie est arrêtée ; la durée totale de l'intervention aura été d'une bonne demi-heure environ.

C. *Soins consécutifs.* — 1° **Pansement post-opératoire.** — La paroi abdominale étant essuyée, toute tache de sang enlevée, on passe, à l'aide d'un peu d'ouate montée sur une pince de Kocher, de la teinture d'iode sur la ligne de suture ; puis on applique le pansement habituel de toute laparotomie : compresses de gaze sèche, coton hydrophile, coton cardé, le tout maintenu par un très large bandage de flanelle, *remontant très haut*, fortement sanglé et immobilisé par des sous-cuisses. Un pansement vulvaire est mis comme chez toute accouchée (Voy. p. 380).

2° **Soins durant les premiers jours.** — L'accouchée sera traitée comme toute laparotomisée. C'est dire qu'on aura soin :

α. *D'évacuer la vessie* matin et soir ;

β. *D'évacuer l'intestin*, le matin du troisième jour, grâce à un purgatif léger, dont on aide l'effet par un lavement d'huile ; ensuite évacuation quotidienne par des lavements ;

γ. *D'instituer une diète rigoureuse* pendant le premier jour, en calmant au besoin la soif par de petites injections de sérum (250 grammes matin et soir) ; ensuite on reprend graduellement l'alimentation ;

δ. *D'imposer le repos absolu*, en décubitus dorsal, puis en position assise, pendant toute la première semaine. Le sommeil est assuré, s'il est nécessaire, par une piqûre de morphine.

3° **Ablation des fils et lever de l'opérée.** — Les fils seront enlevés le dixième jour ; jusque-là, il n'y a pas à toucher au pansement à moins d'incidents. Lorsque la cicatrisation est parfaite, le bandage est remplacé par une ceinture hypogastrique.

La femme quitte le lit, *à la fin de la troisième semaine*, comme toute autre accouchée.

Il n'y a, du fait de la césarienne, aucune contre-indication à l'allaitement maternel; tout allant bien, l'enfant sera donc mis au sein de sa mère à partir du troisième jour.

Telle est l'opération césarienne conservatrice, les conditions étant idéales ; on peut dire qu'elle est caractérisée par deux traits : d'une part, *la simplicité de sa technique*; de l'autre, la nécessité, pour l'entreprendre sans danger, *de la plus rigoureuse aseysie* de l'opérateur, de la femme à opérer et de tout le matériel chirurgical.

D. *Modifications qu'il convient d'apporter dans certaines conditions à la technique qui vient d'être décrite.* — Nous venons de décrire la technique la plus simple ; il y a intérêt à la modifier dans les conditions suivantes :

1° **Lorsque les membranes sont rompues depuis quelque temps**, alors même que la femme ne présente aucun signe d'infection, — car, en pareil cas, on ne peut plus recourir à la césarienne conservatrice, — il faut à tout prix empêcher le liquide amniotique, qui n'est plus rigoureusement aseptique, de venir souiller le péritoine : on y arrive surtout en extériorisant l'utérus, avant de l'ouvrir, comme il a été décrit plus haut ; on fera à la paroi une brèche juste suffisante pour laisser passer la matrice ; l'utérus sorti, on rétrécira momentanément la brèche pariétale à l'aide de pinces de Museux, afin de s'opposer à toute issue des anses grêles. Le reste de l'opération se fait comme précédemment.

Si, en dépit de toutes les précautions, du liquide amniotique souillé de méconium s'est épanché dans la cavité péritonéale, si vous craignez d'avoir commis la moindre faute d'asepsie, n'hésitez pas à *drainer la cavité abdominale*, à l'aide de deux gros drains de caoutchouc, placés dans les culs-de-sac pré et rétro-utérin, et ressortant par l'angle inférieur de la plaie. Tout allant bien, ces drains pourront être enlevés au bout de quarante-huit heures.

2° **Lorsqu'il y a inertie utérine**, après la délivrance, il faut à tout prix empêcher la production d'une hémorragie interne dont on se rendrait, chez cette opérée, si difficilement maître. La plus élémentaire prudence nous conseille, en pareil cas, de *tamponner l'utérus avant de le refermer*. Nombre d'accoucheurs pratiquent systématiquement ce tamponnement ; nous croyons qu'on peut habituellement s'en passer, mais nous y avons recours dans plusieurs conditions : 1° nous venons de le dire, *en cas d'hémorragie par inertie* ; 2° *quand la délivrance membraneuse reste incomplète*, car, en retirant le lendemain le tampon, on entraîne les lambeaux demeurés *in utero* ; 3° *quand il s'agit de dilater le canal cervical* trop fermé pour permettre le facile écoulement des lochies, comme c'est le cas, par exemple, chez une primipare opérée avant tout début de travail. Ce tamponnement est très facile à exécuter rapidement : saisissant entre les doigts l'extrémité de la très large bande de gaze stérilisée (ou peroxydée) que l'on a toujours eu soin de faire préparer par avance, on en conduit le chef initial vers l'orifice du col ; puis on tamponne méthodiquement le segment inférieur, le corps et les cornes, en ayant soin de ne pas laisser de vides. Une fois la matrice bien bourrée de gaze, et cela est très vite fait, on sectionne

l'extrémité de la bande, et il n'y a plus qu'à procéder aux sutures, *en faisant bien attention de ne pas embrocher la gaze avec les fils.* L'opération terminée, on met la femme en position obstétricale, et, à l'aide d'une pince à pansement, guidée sur deux doigts de la main gauche, on attire, au travers du col, dans le vagin, le chef initial de la bande. Ce tamponnement sera retiré au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures.

Il est bien entendu qu'en cas d'hémorragie quelque peu sérieuse, on aurait recours à toute la thérapeutique classique en pareil cas (Voy. p. 66), et particulièrement aux injections de sérum artificiel que l'on fait commencer, immédiatement, pendant que l'on termine l'opération.

3° **Lorsque l'on pratique une césarienne itérative**, il faut s'attendre à trouver assez fréquemment des adhérences reliant l'utérus à la paroi abdominale et aux anses intestinales. La technique devra se modifier suivant l'indication du moment, et nous ne pouvons ici qu'en formuler les principes généraux : 1° inciser l'abdomen *parallèlement à la cicatrice antérieure* et à 1 centimètre de cette dernière ; 2° ouvrir l'abdomen avec encore plus de prudence que d'habitude, dans la crainte de léser une anse grêle adhérente ; 3° bien se rendre compte de l'existence, de la nature et de l'étendue de ses adhérences, pour les libérer, soit par décollement avec le doigt ganté de gaze, soit au besoin par section ; 4° s'efforcer d'ouvrir l'utérus en dehors de la zone d'adhérences, et pour cela aller le plus possible vers le fond de la matrice, la section portant sur ce fond même, s'étendant, s'il le faut, vers la face postérieure ; 5° suturer l'utérus, en réséquant, au besoin, les bords souvent amincis à l'extrême de la plaie, quand celle-ci se porte au niveau de l'ancienne incision ; 6° s'assurer qu'il n'y a pas d'adhérences qui saignent et en faire l'hémostase, et surtout que l'intestin n'est pas blessé ; il faudrait, en pareil cas, en pratiquer immédiatement la restauration (Voy. *Pratique chirurgicale*).

Technique de l'opération césarienne mutilatrice. — Nous avons jusqu'ici supposé que, lors de l'intervention, la femme est en état d'asepsie. Il peut en être autrement, et il est, en clinique, telle condition où l'on se trouvera dans la nécessité de pratiquer une césarienne chez une femme ayant de l'infection utérine ; c'est par exemple ce qui se présenterait si l'on avait affaire à une parturiente ayant un bassin de 7 centimètres, en travail depuis de longues heures, les membranes étant rompues, le liquide amniotique fétide, la température au-dessus de la normale, et, malgré cela, le fœtus ne semblant point souffrir. En pareille occurrence, la voie haute est for-

mellement indiquée, mais il serait très risqué de laisser l'utérus dans l'abdomen. L'indication opératoire devient alors : *hystérotomie, puis ablation de l'utérus.*

L'opération césarienne *mutilatrice* peut d'ailleurs reconnaître deux autres indications : 1° la production, au cours de l'intervention, d'une hémorragie incoercible, hypothèse rarissime; 2° la constatation d'une déchirure de l'utérus (Voy. p. 334), ou d'un amincissement extrême d'une cicatrice ancienne, en cas de césarienne itérative.

L'ablation de l'utérus peut être faite de trois manières différentes : par amputation utéro-ovarique de Porro, par hystérectomie subtotale, par hystérectomie totale. Auquel de ces trois procédés faut-il avoir recours ?

1° L'hystérectomie totale est l'opération la plus difficile à faire et aussi la plus longue. Nécessitant un assez grand entraînement chirurgical, elle sera réservée aux cas où les conditions d'assistance sont aussi parfaites que possible. Elle devient le procédé de choix lorsque l'utérus est infecté.

2° L'hystérectomie subtotale, un peu plus rapide, un peu plus facile que la précédente, répond sensiblement aux mêmes indications ; elle lui sera préférée si l'infection ne paraît pas trop prononcée. De fait, c'est la méthode de choix.

3° L'amputation utéro-ovarique de Porro est l'opération *de fortune* : très rapide, très facile d'exécution, c'est à elle que doit recourir le praticien mal aidé, mal outillé, et peu entraîné aux grosses interventions chirurgicales. Sans doute elle est théoriquement très inférieure à ses rivales ; mais, pratiquement, on l'acceptera comme un pis aller, les conditions ne permettant pas de faire mieux. D'ailleurs, la grande rapidité avec laquelle on peut l'exécuter en fait même le procédé d'élection dans le cas d'hémorragie incoercible au cours d'une césarienne.

La technique de l'hystérectomie totale et subtotale est minutieusement décrite dans une autre partie de cet ouvrage (Voy. *Gynéc.*).

Nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur, en nous bornant à signaler ici les particularités inhérentes à l'état puerpéral, et qui sont : 1° la vascularisation extrême des tissus, d'où la nécessité de pincer très largement et de lier très soigneusement les pédicules ; 2° la facilité du décollement vésico-utérin, grâce à l'imbibition du tissu cellulaire pelvien. L'opération commence comme toute césarienne; une fois l'enfant extrait, on enlève rapidement le placenta sans s'inquiéter des membranes; on bourre à la hâte la cavité utérine de gaze, on en clôt grossièrement l'incision par

deux points de suture ; l'utérus s'enlève alors comme un utérus fibromateux.

L'amputation utéro-ovarique de Porro, d'ordre exclusivement obstétrical, doit, par contre, être ici minutieusement décrite.

Technique de l'amputation utéro-ovarique de Porro.

L'opération comprend trois temps principaux : 1° l'incision utérine et l'accouchement; 2° l'amputation utéro-ovarique; 3° la fixation du moignon dans la plaie. Tout ce qui concerne les préparatifs étant absolument semblable à ce qui a été dit à propos de la césarienne conservatrice, nous prions le lecteur de s'y reporter (Voy. p. 212). Remarquons simplement qu'il faudra bien prendre soin de mettre parmi les instruments : des broches d'acier et un tube de caoutchouc plein d'un diamètre de 5 à 7 millimètres.

1° ***Incision utérine et extraction de l'enfant.*** — Incisons l'abdomen très largement, sur une longueur de 30 centimètres, l'ombilic répondant au milieu de l'incision, et tout de suite *extériorisons l'utérus* comme il a été dit plus haut (Voy. p. 215) ; *isolons la cavité péritonéale* avec plus de soin que jamais, puisque le contenu de l'utérus est septique ; nous y arriverons en entourant le segment inférieur d'une collerette de compresses stérilisées que l'on imbrique les unes sur les autres, puis en rétrécissant la brèche abdominale à l'aide de pinces de Museux, qui en rapprochent les deux lèvres de façon à permettre tout juste le passage de l'utérus ; enfin en recouvrant ces pinces d'un large champ de toile replié deux ou trois fois sur lui-même. Dans de telles conditions, l'opération va littéralement se passer hors de l'abdomen.

Nous ouvrirons la matrice *le plus haut possible*, même directement sur le fond, ce qui est facile sur un utérus extériorisé. L'enfant étant extrait (Voy. p. 218), on enlève rapidement le placenta, et, sans s'occuper des membranes, on bourre grossièrement la cavité du corps avec une bande de gaze stérilisée que l'on repousse par en bas, vers le col, c'est-à-dire dans la région où va porter l'amputation.

2° ***Amputation utéro-ovarique.*** — L'aide saisissant le corps utérin, soit avec les mains couvertes de compresses, soit à l'aide de deux fortes pinces de Museux, l'attire en haut le plus possible, de façon à élonger au maximum le segment inférieur. On s'assure que la vessie n'est pas restée accolée à ce segment inférieur ; s'il en était ainsi, on inciserait transversalement avec la pointe des ciseaux le péritoine viscéral au point où il passe du sommet de la vessie sur la face antérieure de l'utérus, ce qui permet de refouler très aisément, à l'aide d'une compresse, le réservoir urinaire vers le pubis.

Entourons alors l'utérus avec le tube de caoutchouc préparé pour cela, et auquel on fait faire deux tours aussi serrés qu'il se peut. Cet anneau constricteur, auquel est dévolu tout le rôle hémostatique, sera placé *le plus bas possible*, sur la région flasque du segment



Fig. 105. — *Amputation utéro-ovarique de Porro :* le bistouri coupe l'utérus au-dessus de la ligature élastique posée sur le segment inférieur.

inférieur, de façon à permettre d'enlever la presque totalité de la matrice et à réduire d'autant les dimensions du moignon. Avec l'utérus, se trouvent d'ailleurs comprimés les ligaments larges et les ligaments ronds, sur lesquels il n'y a à placer ni pinces ni ligatures ; les annexes, trompes et ovaires sont au-dessus de cet anneau et vont être enlevés en même temps que le corps utérin. Le tube

étant bien mis en place, on en réunit, en avant, les deux chefs par une forte ligature à la soie n° 3; ce nœud doit être fait avec grand soin, car, si le tube de caoutchouc venait à se desserrer, il s'ensuivrait une hémorragie rapidement mortelle.

Il n'y a plus qu'à sectionner, au bistouri (fig. 105) ou avec de forts ciseaux, l'utérus à deux travers de doigt au-dessus du fil constricteur. Dès que le muscle utérin est entamé, on jette en ce point une pince de Museux pour empêcher ce qui va être le moignon de rentrer dans l'abdomen.

3° *Fixation du moignon dans la plaie.* — Fermons d'abord l'abdomen au-dessus du moignon utérin, que l'aide maintient accolé à l'angle inférieur de la plaie; puis assurons-nous de l'occlusion de la cavité péritonéale tout autour de ce moignon, en réunissant, par quelques fils de catgut, la séreuse qui le recouvre à la séreuse pariétale voisine; ces fils doivent évidemment être posés au-dessous de la ligature en caoutchouc du pédicule. Pour bien empêcher ce pédicule de rentrer dans l'abdomen, maintenons-le hors du ventre, à l'aide de deux broches en croix, le transperçant immédiatement au-dessus de cette même ligature. Il n'y a plus qu'à fermer, par deux ou trois crins de Florence, la partie tout extérieure de la plaie abdominale. Puis nous passerons largement et à plusieurs reprises la lame du thermocautère sur toute la partie antérieure du moignon, et nous la plongerons dans sa cavité centrale. Enfin on saupoudre abondamment ce pédicule de peroxyde de zinc ou de perborate de soude, et on le recouvre de gaze peroxydée, que l'on chiffonne pour faciliter l'absorption des liquides; un large pansement ouaté recouvre le tout.

4° *Soins consécutifs.* — Le pansement sera changé matin et soir. Chaque fois, on touchera le moignon à l'eau oxygénée pure, puis à la teinture d'iode. Vers le dixième jour, on enlève les fils de la paroi. Le moignon tombe du dix-huitième au vingt-cinquième jour, entraînant avec lui et les broches et le tube de caoutchouc. Il reste, à sa place, une plaie cratériforme, dont on surveille la cicatrisation, en la touchant, s'il est nécessaire, au nitrate d'argent.

Marsupialisation de l'utérus à la paroi.

Voici un procédé bien ancien, mais qui vient de renaître sous un nom nouveau et avec une technique nouvelle. On se propose, pour cette opération que son protagoniste actuel, Sellheim, appelle la *fistule utéro-pariétale* : 1° de protéger la cavité péritonéale contre la pénétration du liquide amniotique lors de l'incision utérine;

2° de drainer, directement et par le ventre, la cavité de la matrice, lorsque celle-ci est infectée.

Technique opératoire. — L'opération comprend cinq temps principaux : 1° l'ouverture de l'abdomen ; 2° le traitement de la séreuse péritonéale ; 3° l'ouverture de l'utérus ; 4° l'accouchement et la délivrance ; 5° la marsupialisation de l'utérus.

Premier temps : ouverture de l'abdomen. — Tout ayant été préparé comme pour une césarienne habituelle (Voy. p. 212), on incise les téguments verticalement et sur la ligne médiane ; l'incision doit partir de la symphyse et présenter une longueur de 15 à 18 centimètres.

Deuxième temps : traitement du péritoine. — 1° Le péritoine pariétal est incisé, avec les plans superficiels, verticalement et sur la ligne médiane. Dès que la séreuse est ouverte, *on réunit les bords de cette ouverture aux lèvres de la plaie abdominale*, au moyen d'un surjet continu au catgut, en ayant bien soin de créer un affrontement aussi rigoureux que possible de ces différents tissus.

2° Le péritoine viscéral, utérin, est incisé à son tour et, comme le feuillet pariétal, suivant une ligne verticale et médiane. La section, qui porte au niveau du segment inférieur, a pour limites en haut l'anneau de Bandl, en bas le cul-de-sac vésico-utérin.

3° On décolle de l'utérus, à droite et à gauche, les deux lames séreuses résultant de la section du feuillet viscéral ; ce décollement, très facile, en raison de la laxité des attaches du péritoine au segment inférieur, se fait à la compresse ou, au besoin, aux ciseaux mousses ; il ne donne lieu qu'à un suintement sanguin négligeable ou nul ; on le poursuit jusqu'au voisinage des bords latéraux du segment inférieur. Il importe de procéder à ce temps avec beaucoup de douceur, et sans se presser, car toute éraillure créée dans ce feuillet séreux irait à l'encontre du but que l'on poursuit, c'est-à-dire l'isolement rigoureux de la cavité péritonéale. Si, en dépit de toutes les précautions, quelque solution de continuité prenait naissance, il faudrait la suturer, immédiatement, avec deux ou trois points de catgut.

4° Une suture séro-séreuse va maintenant réunir les deux lèvres du péritoine utérin, ainsi sectionné et décollé, au péritoine pariétal fixé lui-même au pourtour de la plaie abdominale.

Cette suture est faite à l'aide d'un surjet continu de catgut ; les points doivent en être assez rapprochés pour bien clore toute la grande cavité péritonéale. A ce moment, le segment inférieur apparaît à nu, au fond du champ opératoire : l'intervention va désormais se continuer par voie extrapéritonéale.

Troisième temps : ouverture de l'utérus. — Avant d'ouvrir l'utérus, on en décolle la vessie, que l'on attire en avant vers l'arc pubien. Tous nos efforts vont tendre désormais à ouvrir l'utérus de façon telle que le liquide qui s'en écoule ne vienne pas souiller l'espace compris de chaque côté entre la face antérieure du segment inférieur et la lame séreuse que l'on en a précédemment détachée. Pour ce faire, on incise l'utérus, *progressivement*, *couche par couche* ; le bistouri attaque doucement, par coups légers répétés, la paroi utérine de haut en bas, et sans dévier de la ligne médiane. Au fur et à mesure que les différentes couches de cette paroi sont sectionnées, on en saisit les lèvres à l'aide de pinces de Kocher pour les attirer hors de la plaie abdominale. Finalement, la cavité utérine est ouverte vers la partie supérieure du segment inférieur ; on éponge immédiatement les liquides qui s'en échappent, et on fixe par des pinces les bords de la plaie utérine aux points correspondants de la brèche abdominale. On prolonge l'incision utérine, en se dirigeant vers la vessie, en ayant soin d'éverser sans cesse les bords et de les réunir, au fur et à mesure, à la paroi abdominale ; la longueur totale de l'incision utérine aura 15 centimètres.

Quatrième temps : accouchement et délivrance. — Ce temps se fait comme dans la césarienne ordinaire (Voy. p. 218). Une fois vidée, la cavité utérine est tamponnée à la gaze.

Cinquième temps : marsupialisation de l'utérus. — On remplace alors les pinces qui fixaient momentanément les lèvres de la plaie utérine au bord de la plaie abdominale *par des points séparés à la soie n° 3*. L'utérus reste ainsi marsupialisé, absolument comme on le fait, en chirurgie, de certaines poches kystiques.

Soins consécutifs. — Le tampon est enlevé chaque jour et remplacé par un autre plus petit au fur et à mesure que l'utérus régresse et que son ouverture se rétrécit. Cette brèche a tendance à se fermer spontanément ; si elle tardait trop à le faire, il n'y aurait qu'à procéder à sa restauration chirurgicale en en pratiquant la suture plan par plan.

Quand fera-t-on cette opération ? — La marsupialisation utérine est indiquée dans les cas où, *la césarienne étant nécessaire, on est forcé d'opérer alors que l'utérus est infecté.* En pareille occurrence, il ne faut jamais pratiquer la césarienne habituelle ; elle serait trop dangereuse. Cette nouvelle opération permet d'éviter la dernière ressource qui nous était alors offerte, c'est-à-dire le sacrifice de l'utérus par amputation utéro-ovarique de Porro ou par hystérectomie.

AGRANDISSEMENT DU BASSIN PAR SYMPHYSÉOTOMIE OU PAR PUBIOTOMIE.

Quand le rétrécissement du bassin est trop prononcé pour permettre l'extraction du fœtus sans mutilation, il faut avoir recours à l'intervention sanglante : césarienne ou section pelvienne. Mais nous avons déjà dit (Voy. p. 212) qu'à partir d'un rétrécissement de 7 centimètres seule la césarienne reste légitime. La limite inférieure de la section pelvienne est donc marquée par ce chiffre de 7 centimètres de diamètre promonto-pubien minimum ; sa limite supérieure oscille entre 8 centimètres et $8^{cm},5$, et peut même être portée à 9 centimètres, si le fœtus est anormalement développé. Dans ces limites, voici les éléments qui feront pencher la balance en faveur de cette opération :

1° *La chance que l'on veut courir de voir la femme accoucher spontanément.* Il ne faut pas oublier en effet que, la pubiotomie ne pouvant pas *se faire avant la dilatation complète*, mais restant possible après ce moment tant que l'état du fœtus et de la mère demeure satisfaisant, on peut voir, pendant ce temps, la tête s'engager sous l'effort des seules forces naturelles ; tandis qu'il n'est pas douteux qu'en opérant une femme, par césarienne, dès le début du travail, on fait parfois une opération à laquelle on n'aurait pas eu à recourir si l'on avait pu attendre. Or, même avec un bassin de 8 centimètres, on peut escompter l'engagement spontané, si ce bassin est à type aplati, si la tête fœtale n'est ni trop grosse ni trop ossifiée, si les contractions utérines sont suffisamment énergiques.

2° *La parité :* la pubiotomie donne de meilleurs résultats chez la multipare que chez la primipare.

3° *Le type de rétrécissement ;* le bassin généralement rétréci, avec atrésie des parties molles, se prête mal à la section pelvienne, contrairement au bassin simplement aplati, sans défaut d'étoffe.

4° *L'état de la femme :* sans doute la section pelvienne n'est pas plus de mise que la section césarienne chez une femme infectée, et l'entreprendre dans de telles conditions serait aller au-devant d'un échec presque certain. Il n'en est pas moins vrai que la blessure chirurgicale du tissu cellulaire pelvien et même la plaie contuse osseuse sont moins graves, au point de vue infection, que l'ouverture du péritoine ; aussi pourrons-nous recourir à la pubiotomie dans des conditions où nous n'oserions plus tenter une césarienne conservatrice : c'est le cas, par exemple, d'une femme en travail depuis longtemps, ayant un œuf ouvert depuis plusieurs heures, ayant subi de multiples explorations vaginales, présentant même une température un peu

supérieure à la normale : 37°,5 à 38°. Dans ces conditions, si l'état du fœtus est satisfaisant, on peut faire la pubiotomie. Mais, supposons un degré de plus, si l'utérus est manifestement infecté, la section pelvienne sera rejetée, au même titre que la césarienne conservatrice, et c'est à la césarienne mutilatrice qu'il conviendra alors de s'adresser.

En résumé, nous ferons la pubiotomie quand une femme, dont le bassin mesure de $8^{cm},5$ a 7 centimètres, est a la dilatation complète et que les conditions ne nous paraissent pas assez sures pour entreprendre une opération césarienne, cette femme n'étant, d'ailleurs, pas manifestement infectée, et l'état du fœtus étant satisfaisant.

La section pelvienne peut être faite par deux procédés : 1° par section médiane de la symphyse, c'est la symphyséotomie; 2° par section latérale du pubis, c'est la pubiotomie ou hébotomie. A l'heure actuelle, cette dernière opération nous apparaît comme très nettement supérieure à la première; c'est donc à elle que nous conseillons de recourir, et c'est elle que nous allons décrire. Toutefois, nous rappellerons, en quelques mots, ce qu'est la symphyséotomie, dans le cas où un praticien, dans l'impossibilité de se procurer la scie de Gigli indispensable pour sectionner le pubis, se trouverait dans la nécessité d'ouvrir la symphyse ; en effet le seul avantage que nous paraît avoir la symphyséotomie réside, à nos yeux, dans ce fait qu'elle ne nécessite aucun autre instrument que ceux que contient la trousse la plus banale.

Technique de la pubiotomie.

La section pelvienne ne pouvant se faire qu'à *dilatation complète*, il faut d'abord surveiller le travail pendant toute la période de dilatation.

1° Surveillance du travail pendant la période de dilatation. — Dès le début du travail, la vulve est soigneusement rasée, ainsi que le pubis, l'intestin vidé par lavement, la femme baignée. Puis le vagin est savonné et irrigué à l'eau oxyénée ; un pansement vulvaire, fait de gaze stérilisée et de coton hydrophile, est maintenu en permanence par un bandage en T.

On s'abstient de toucher la femme, à moins d'incident. Si le travail marche régulièrement, il n'y a qu'à attendre ; si la dilatation tarde trop à se compléter, on peut avoir recours aux moyens habituels d'accélération du travail (Voy. p. 115).

Si l'on a affaire à une primipare, à parties molles résistantes, on se trouvera bien de distendre, avant d'intervenir, le vagin et la

vulve, à l'aide d'un gros ballon (Voy. p. 50) introduit dans le vagin, gonflé au maximum, puis extrait par tractions exercées sur sa tige.

Enfin, pendant ce temps, on prépare le matériel instrumental; il comprendra (fig. 106) : deux bistouris, une pince à griffes, une pince à dissection, quelques pinces de Kocher, une paire d'écarteurs de Farabeuf, l'aiguille porte-scie de Gigli, plusieurs scies de Gigli avec une paire de poignées, l'aiguille de Reverdin courbe, des catguts (nos 2 et 3), des crins de Florence, des tampons-éponges, une bande

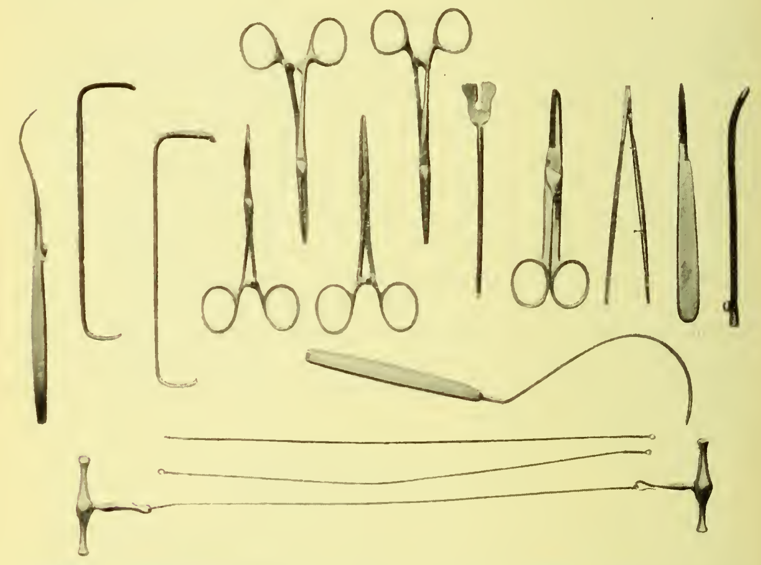


Fig. 106. — *Instruments nécessaires pour une pubiotomie :* en bas, l'aiguille et les scies de Gigli, l'une armée de poignées.

de gaze aseptique à tamponnement, des compresses de gaze, un drain de petit calibre. Le forceps sera toujours préparé d'avance, ainsi que tout ce qui est nécessaire pour ranimer le nouveau-né (Voy. p. 92).

2° **Manuel opératoire de la pubiotomie.** — La parturiente étant à dilatation complète, on l'endort, puis on la met en *position obstétricale*, sur une table assez élevée, les jambes tenues par deux aides, en flexion et en abduction. La vulve et le vagin sont savonnés à nouveau, puis irrigués à l'eau oxygénée. La vessie est évacuée avec le plus grand soin.

L'opérateur, après s'être désinfecté les mains comme avant de pratiquer une césarienne, revêt des gants de caoutchouc stérilisés; il se

place debout, face à la vulve, son aide direct à sa gauche, ses instruments à sa droite. L'opération va comprendre trois temps : la section pelvienne, l'extraction du fœtus et de l'arrière-faix, les sutures.

Premier temps : section pelvienne. — Avant de prendre le bistouri, repérons bien la symphyse pubienne ; au besoin, dessinons-en la direction par un léger trait à la teinture d'iode ; repérons et marquons, de la même façon, l'épine du pubis du côté où on va inciser le bassin ; à moins de contre-indication, ce sera le *côté gauche*, parce que l'on est beaucoup mieux à sa main. Ceci étant fait, on procède comme il suit :

α. **Incision des téguments.** — L'incision, verticale, ou plutôt légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans, est faite, au niveau du corps du pubis, à égale distance de l'épine pubienne, qu'elle laisse en dehors, et de la symphyse, qui est en dedans. Cette incision, qui sera longue de 7 à 8 centimètres, commence, en haut, à 2 bons centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis et se termine en bas à 1 centimètre au-dessous du bord inférieur de la branche ischio-pubienne. Incisez, carrément, téguments et muscles, jusqu'à l'os ; celui-ci joue le rôle de billot protecteur et vous met à l'abri de toute blessure des organes profonds. Cela saigne souvent abondamment ; tamponnez rapidement, et à plusieurs reprises, avec des compresses sèches, et poursuivez.

β. **Ouverture de la voie rétro-pubienne.** — L'os étant à nu, on se donne du jour en divulsant les téguments, à droite et à gauche, à l'aide des écarteurs de Farabeuf. L'index va reconnaître le bord supérieur du pubis ; il effondre les fibres aponévrotiques qui lui adhèrent et pénètre ainsi derrière le pubis, pour préparer la voie à l'aiguille porte-scie que nous y allons y introduire dans quelques instants. Par de petits mouvements de va-et-vient dans le sens latéral, ce doigt écarte de la face postérieure de l'os et la vessie et le tissu cellulaire pelvien. Le chemin étant frayé, l'aiguille pourra y être introduite sans danger.

γ. **Section du pubis.** — L'index gauche restant en place, derrière le pubis, la main droite saisit l'aguille de Gigli (fig. 107) et l'introduit dans l'espace rétro-pubien, *de haut en bas.* Sa pointe pénètre donc entre le bord postéro-supérieur de l'os et la face palmaire de l'index gauche, qui va en contrôler la marche, la forçant à garder rigoureusement le contact osseux ; elle ressort, par en bas, au ras du bord inférieur de la branche ischio-pubienne.

A l'extrémité de l'aiguille, fixons par l'intermédiaire d'un fil de soie ou de catgut, l'extrémité du fil-scie, puis retirons l'aiguille

par un mouvement inverse de celui qui nous a permis de l'introduire : cette manœuvre fait passer le fil-scie derrière le pubis ; les deux extrémités de ce fil-scie ressortent par les angles supérieur et inférieur de la plaie, sa partie moyenne dessinant un anse qui a chargé le pubis. Séparons-le de son aiguille désormais inutile, et armons-en les deux chefs de deux poignées qui vont servir à le manier. Pour scier l'os, sans briser la scie, il n'y a qu'à manœuvrer

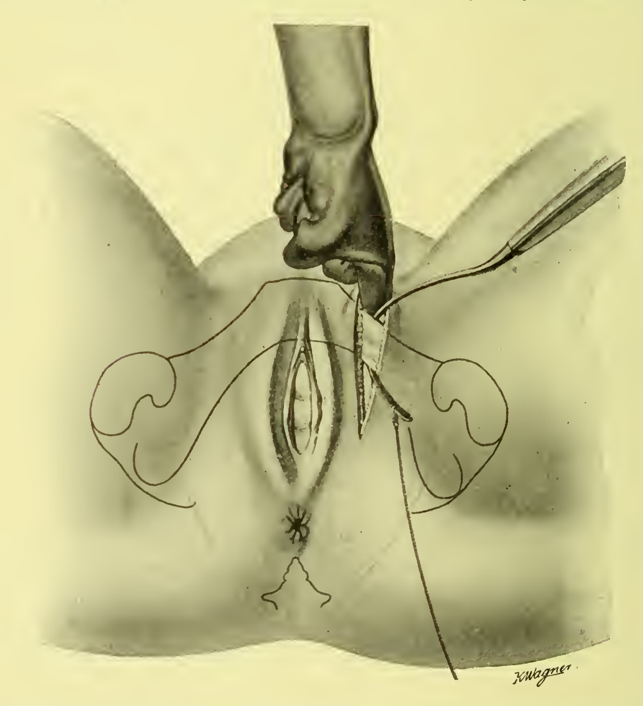


Fig. 107. — *Pubiotomie :* 1° introduction, à l'aide de l'aiguille porte-scie, du fil-scie derrière le pubis.

cette dernière en la tenant constamment bien tendue, toujours dans le même plan vertical, et en l'activant de mouvements larges et réguliers (fig. 108). En quelques secondes, le pubis est sectionné.

δ. **Ouverture du bassin.** — Il n'est besoin de recourir à aucune manœuvre particulière pour ouvrir le bassin ; le seul fait de la section de la ceinture pelvienne suffit pour produire un brusque écartement des os iliaques, et il faut bien plutôt recommander

aux aides de limiter l'écartement ainsi produit, en appuyant

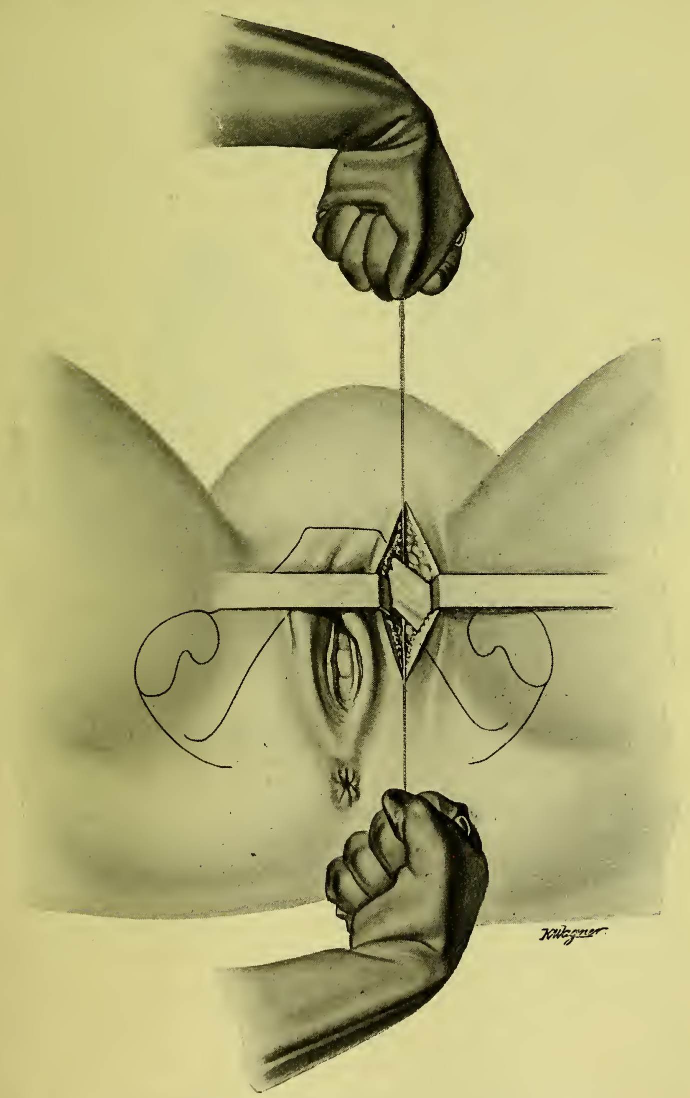


Fig. 108. — *Pubiotomie :* 2e section du pubis, à l'aide du fil-scie.

sur les régions trochantériennes (fig. 109). Un écartement trop

brusque ou trop étendu n'aurait d'autre résultat que de créer des lésions du côté des parties maternelles (déchirure du vagin, diastasis sacro-iliaque).

Bourrons la plaie avec la bande de gaze stérilisée ; recouvrons-la d'une ou de plusieurs compresses et procédons à l'accouchement.

Deuxième temps : extraction du fœtus et délivrance. — L'accouchement sera fait séance tenante, soit par forceps, soit par version. On guidera son choix entre ces deux opérations d'après les mêmes considérations qui ont été étudiées à propos de l'accou-

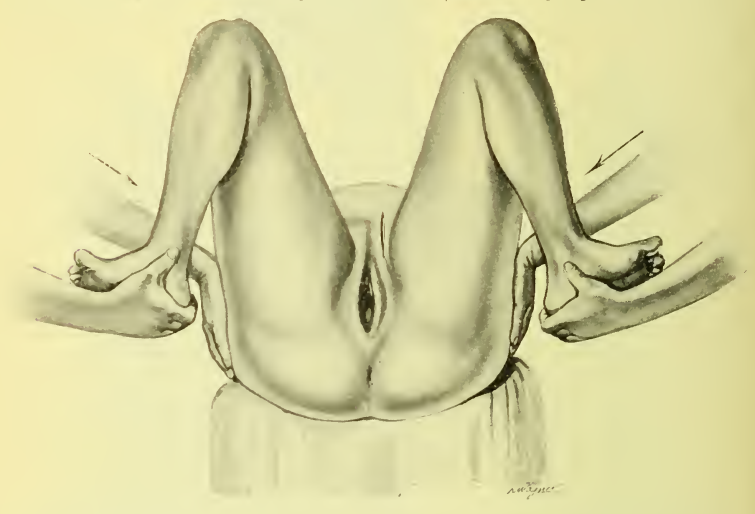


Fig. 109. — *Pubiotomie :* 3° manière de prévenir la trop brusque ouverture du bassin après la section osseuse.

chement sans opération sanglante (Voy. p. 196). Bornons-nous, ici, à répéter que le forceps sera préféré, s'il s'agit d'une primipare, ayant des parties molles étroites, si le col est imparfaitement dilaté, si la tête est en train de se fixer au niveau du détroit supérieur. L'instrument sera appliqué, en oblique, comme il a été dit à propos des prises au détroit supérieur (Voy. p. 196). On fera la version, s'il s'agit d'une multipare, si les parties molles sont souples et larges, si le col est bien nettement dilaté, si l'utérus n'est pas rétracté, si la tête est demeurée mobile; le manuel opératoire ne présente, ici, aucune particularité (Voy. p. 199).

Sitôt après l'accouchement, *on pratique la délivrance*, soit par expression utérine (Voy. p. 347), soit, si cela ne suffit pas, par délivrance artificielle (Voy. p. 354).

Avant de procéder aux sutures, *inspectons soigneusement les voies génitales, car il n'est pas rare qu'elles aient été déchirées*, soit lors de l'ouverture du bassin, soit lors de l'accouchement. La déchirure intéresse surtout le vagin, et elle en peut faire communiquer la cavité avec la plaie osseuse. N'essayez pas de suturer ces tissus contusionnés, et que l'aiguille déchirerait ; si cela ne saigne pas, ne faites rien ; s'il y a hémorragie, tamponnez le vagin à la gaze stérilisée. De même, inspectons bien la région du méat urinaire, l'urètre et la vessie, en y introduisant une sonde : si on reconnaissait une déchirure des voies urinaires, il faudrait immédiatement en pratiquer la restauration (Voy. *Technique chirurgicale*).

Troisième temps : les sutures. — Nos mains ont été souillées au contact des voies génitales; revêtons donc, ainsi que notre aide, de nouveaux gants de caoutchouc stérilisés; si cette précieuse et quasi indispensable ressource nous faisait défaut, il faudrait s'aseptiser à nouveau les mains comme avant toute intervention chirurgicale.

Prions les personnes qui tiennent les jambes de la femme de bien appuyer sur la région trochantérienne et de porter les cuisses en adduction, tout en en maintenant la flexion : cette manœuvre rapproche les deux portions du pubis sectionné. Il est tout à fait inutile d'essayer de tenter une suture osseuse ; de même il n'est pas besoin de suturer le périoste. *Bornons-nous à réunir les tissus* par quelques points profonds au catgut, puis avec des crins de Florence pour la peau. Il sera de bonne précaution *de toujours placer un petit drain* dans la partie inférieure de la plaie, pour éviter la formation d'un thrombus, complication extrêmement fréquente et qui peut devenir une cause d'infection locale.

Enfin *plaçons dans l'urètre une sonde à demeure* (sonde molle de Pezzer).

Pansement. — Plusieurs compresses stérilisées sont appliquées sur la plaie pubienne : on les recouvre d'une couche épaisse d'ouate hydrophile, et on maintient le tout par un bandage de corps, en flanelle, bien résistant, et que l'on a soin d'appliquer *très bas, de façon à ce qu'il recouvre aussi bien la partie supérieure des cuisses que la partie inférieure de l'abdomen*; ce bandage, en appuyant sur les trochanters, joue ainsi le rôle d'appareil de contention. Enfin on met le pansement vulvaire habituel et on le maintient en place par un léger bandage en T, posé par-dessus le bandage de flanelle.

3° **Soins consécutifs.** — L'opérée sera couchée sur le dos et bien à plat. On évacue la vessie, toutes les quatre heures, en retirant le fausset qui bouche l'orifice extérieur de la sonde laissée à demeure ; cette sonde ne sera pas supprimée avant le quatrième jour

si tout va bien; elle serait laissée en place pendant dix jours, si l'on avait réparé une déchirure vésicale ou urétrale.

On retire le drain dès le troisième jour.

Le pansement, qui se souille assez facilement, est changé matin et soir, pendant les deux premiers jours, puis chaque matin, pendant les quatre jours suivants. Les fils sont enlevés le neuvième jour.

L'opérée passera tout le temps de ses couches en situation horizontale; elle ne quittera pas le lit *avant le vingt-cinquième jour.*

Principales complications que l'on peut avoir à combattre pendant les suites opératoires. — 1° L'*hémorragie* peut venir de la plaie ou des voies génitales; c'est un accident précoce, de la première journée; on réalisera l'hémostase, dans l'un ou dans l'autre cas, grâce à un tamponnement serré et aseptique.

2° L'*infection de la plaie* n'est pas chose rare; si on la constate, — et on en fera le diagnostic à l'œdème local, à la douleur, à l'issue par le drain de liquide purulent, — le mieux est d'enlever immédiatement les sutures, qui d'ailleurs ne prendraient pas, de dissocier les téguments superficiels et de panser cette plaie, comme toute autre plaie septique, par des lavages à l'eau oxygénée et des attouchements à la teinture d'iode.

3° La *cystite* est fréquente : on la traitera, comme d'habitude, par des lavages vésicaux (Voy. *Thérapeutique urinaire*), le sondage méthodique, en même temps qu'on met l'opérée au régime alcalin.

4° Le *decubitus acutus* n'est pas exceptionnel après la pubiotomie; il faudra penser à surveiller de très près la région fessière de l'opérée; dès que l'escarre apparaît, on la traite comme à l'ordinaire (Voy. *Technique chirurgicale*).

5° L'*infection génitale* ainsi que la *phlegmatia alba dolens* ne prètent, dans ce cas, à aucune considération particulière; on les combattra comme en toute autre occurrence (Voy. p. 385).

Technique de la symphyséotomie.

Nous serons très brefs, car tout ce qui a été dit en tant que préparatifs, soins généraux, surveillance du travail jusqu'à la dilatation complète, conduite de l'accouchement, soins consécutifs, etc., à propos de la pubiotomie, s'applique exactement à la symphyséotomie; nous allons donc nous borner à indiquer ce qu'il y a de spécial dans le manuel opératoire de cette opération.

1° **Incision des téguments.** — Elle se fait rigoureusement sur la ligne médiane, que l'on a eu soin de repérer au préalable, ainsi que les épines pubiennes, et de marquer à la teinture d'iode. Cette inci-

sion verticale aura 5 à 6 centimètres de longueur ; elle dépassera, par en haut, la symphyse, d'un bon travers de doigt, et s'arrêtera, en bas, au-dessus du clitoris.

On coupe la peau, puis le pannicule adipeux souvent épais, puis les fibres aponévrotiques, de façon à bien mettre à nu la face antérieure de la symphyse. Pendant ce temps, il n'y a guère à craindre d'hémorragie ; toutefois, si quelque veine variqueuse latéro-clitoridienne donnait, il n'y aurait qu'à la faire comprimer par une compresse de gaze que l'aide maintiendrait en place pendant quelques instants.

2° **Dégagement de la voie rétro-pubienne.** — Il s'agit de bien libérer la symphyse, de l'isoler complètement des tissus et des organes voisins. *En bas*, le doigt sent aisément le bord tranchant de l'arcuatum ; une incision transversale, légèrement curviligne, à concavité inférieure, permettra de séparer du bord inférieur de la symphyse le clitoris que l'on abaisse vers la vulve pour le mettre à l'abri du bistouri. *En haut*, coupons au bistouri, et verticalement, sur une étendue de 2 à 3 centimètres, l'aponévrose sus-pubienne, et, par la brèche ainsi créée, introduisons le doigt, qui, effondrant les quelques fibres encore adhérentes, ira s'insinuer *derrière la symphyse*, dilacérant le tissu cellulaire rétro-pubien, jusqu'au bord inférieur du pubis, et latéralement sur une étendue de 2 à 3 centimètres de chaque côté, de façon à sûrement bien isoler la vessie. Si l'on n'avait pas pris ces précautions, le réservoir urinaire se trouverait fort exposé lors de la section symphysaire.

3° **Section de la symphyse.** — Laissant derrière la symphyse l'index gauche, pour être sûr de ne pas blesser les organes profonds, prenons, de la main droite, un bistouri peu épais, court, et à pointe légèrement arrondie, et attaquons la symphyse, en se maintenant sur la ligne médiane, le plus rigoureusement possible ; la section se fait de haut en bas, commençant au niveau de la petite dépression qui sépare, sur le bord supérieur, les angles du pubis, et se poursuit, par coups successifs, d'avant en arrière ; en bas, veillons bien à sectionner les fibres de l'arcuatum, dont l'intégrité mettrait obstacle à l'ouverture du bassin. Cette section doit être très aisée ; si le bistouri rencontre une grande résistance, c'est que l'on a dévié de la ligne médiane et que sa pointe porte sur un des pubis ; reportons-le, un peu à droite, ou un peu à gauche, et, après quelques tâtonnements, on trouvera la bonne voie.

Tout le reste de l'intervention ne présente rien qui n'ait été dit à propos de la pubiotomie (Voy. p. 234).

Répétons, en terminant, *que la pubiotomie doit toujours être pré-*

férée à la symphyséotomie; parmi les multiples avantages qu'elle présente sur cette dernière, nous mettrons au premier rang la forte diminution des risques de blessure des voies urinaires. Remarquons enfin que, si l'on avait à opérer une malade ayant déjà été symphyséotomisée, la pubiotomie, en portant sur le pubis non sectionné antérieurement, permettrait d'éviter les difficultés inhérentes à une section symphysaire itérative, ainsi que les accidents qui en peuvent être la conséquence.

II. — LE FŒTUS EST MORT OU AGONISANT.

L'intérêt de la mère reste seul en cause. La règle générale est donc de procéder à l'opération capable de lui faire courir le moindre risque. Cette opération peut être :

1° Une APPLICATION DE FORCEPS (Voy. p. 196), si le bassin est très peu rétréci et la tête déjà à demi engagée ;

2° La VERSION PODALIQUE (Voy. p. 199), si le rétrécissement est léger, la tête petite et très mobile, la poche des eaux intacte ou rompue depuis peu. Empressons-nous d'ajouter que cette dernière condition fait très habituellement défaut, la mort du fœtus allant presque toujours de pair avec la contracture utérine. C'est dire que la version podalique ne sera que exceptionnellement indiquée en pareil cas.

Ces deux opérations pourront être, également, légitimement tentées *quand le fœtus, quoique très compromis, n'est pas encore mort* : on lui fera courir ainsi sa dernière chance de survie, avant de procéder, en cas d'échec, à sa mutilation volontaire.

3° L'OPÉRATION CÉSARIENNE, dans les cas rarissimes d'un rétrécissement extrême du bassin : si le diamètre minimum est inférieur à 6 centimètres, toute opération par voie basse devient très dangereuse, et mieux vaut sectionner l'utérus. Il va sans dire que la section césarienne sera suivie de l'ablation de l'utérus, s'il y a infection utérine ou rupture (Voy. p. 223).

Ces conditions, rares en somme, étant écartées, reste un dernier procédé :

4° L'EMBRYOTOMIE, qui est la méthode de choix. L'opération diffère suivant la présentation. On fera :

α. Une *basiotripsie*, quand l'enfant se présente par le sommet ;

β. Une *cranioclasie*, ou encore une basiotripsie quand il vient par la face ou par le front ;

γ. Une *perforation* simple, quand on l'a extrait par traction podalique (siège, épaule) ;

δ. Une *embryotomie rachidienne*, quand il s'agit d'une épaule, avec cranioclasie sur la tête isolée du tronc.

Ici, nous décrirons exclusivement la basiotripsie, *à l'aide du basio-*

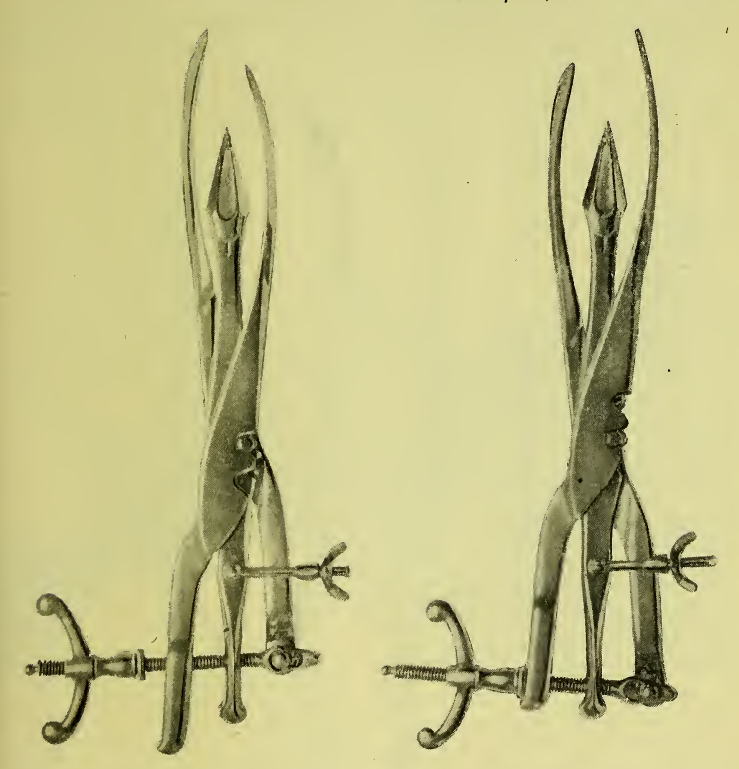


Fig. 110. — *Basiotribe Tarnier* (nouveau modèle), monté de façon à rendre la branche *droite* plus longue.

Fig. 111. — *Basiotribe Tarnier* (nouveau modèle), monté de façon à rendre la branche *gauche* plus longue.

tribe de Tarnier, nouveau modèle (fig. 110, 111 et 112), toutes les autres méthodes étant décrites par ailleurs (Voy., pour la *cranioclasie*, p. 267; pour la *perforation simple de la tête dernière*, p. 203; pour l'*embryotomie rachidienne*, p. 236).

Technique de la basiotripsie.

La femme, anesthésiée, est mise en position obstétricale, sur une table, ou sur un lit, dont on rehausse le plan autant que possible, de

façon à ce que l'opérateur puisse manœuvrer à l'aise. Un aide, *absolument indispensable*, se met à genou sur le plan du lit, le dos tourné vers la tête de la parturiente; il va, des deux mains, *empaumer solidement la tête fœtale*, l'appliquer contre le détroit supérieur, l'*immobiliser* strictement en cette position ; si, par mégarde, il la laissait

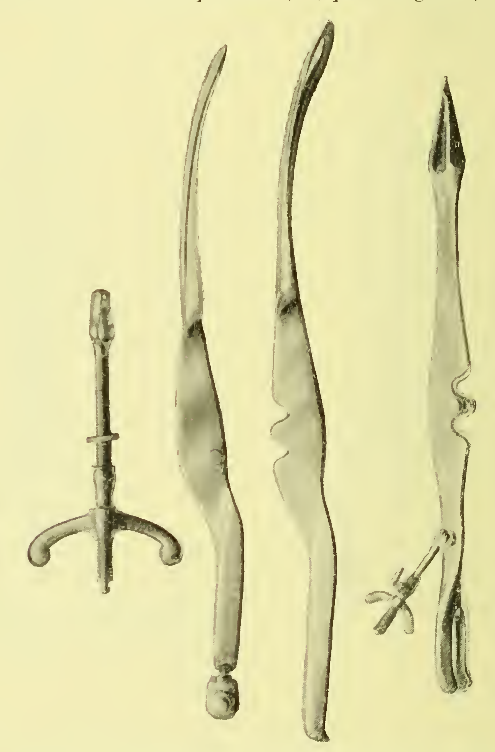


Fig. 112. — *Basiotribe Tarnier* (nouveau modèle), démonté.

fuir, l'accoucheur ne réussirait qu'à faire une prise très incorrecte, et l'instrument déraperait au cours des tractions : c'est vraiment cet aide « qui tient, entre ses mains, le succès de l'opération ».

La basiotripsie comprend trois temps principaux : 1° la perforation du crâne; 2° le broiement de la tête; 3° son extraction.

Premier temps : perforation. — La main gauche, servant de guide, est introduite dans les voies génitales; elle passe les doigts au travers du col et en pose les extrémités sur la partie du fœtus qui se présente. Le perforateur, tenu de la main droite, est conduit

dans cette sorte de gouttière que lui forme la main gauche, jusqu'au contact du cuir chevelu ; il suit une direction assez fortement oblique de bas en haut et d'avant en arrière (fig. 113). Des mouvements en tours de clé, alternativement de droite à gauche et de gauche à droite, liés à la propulsion, permettent à sa pointe d'effondrer les téguments, de perforer l'os et de pénétrer dans la boîte cranienne. La perforation se fait *au travers du pariétal* le plus accessible, le plus près possible du centre de l'excavation. Une fois que la pointe a péné-

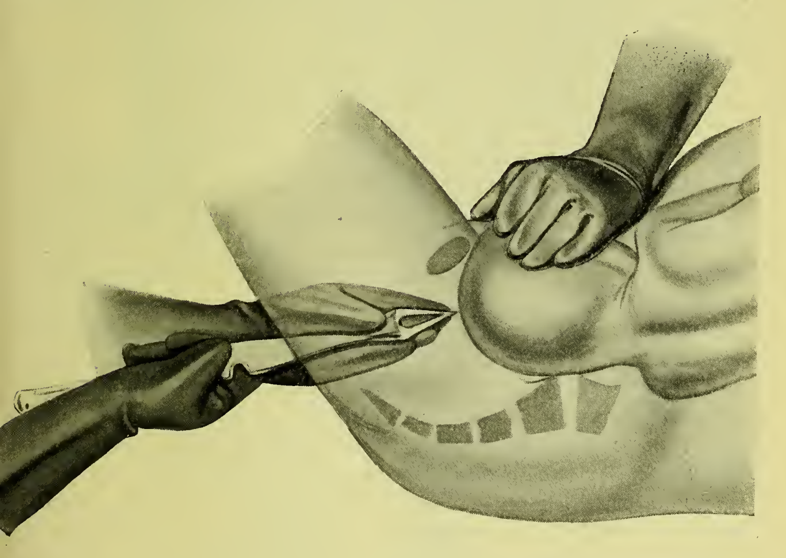


Fig. 113. — *Basiotripsie :* 1° *perforation*, un aide fixant très solidement la tête au détroit supérieur.

tré dans le crâne, ce que l'on reconnaît à ce que la résistance fait brusquement défaut, on imprime au manche du perforateur des mouvements de circumduction un peu dans tous les sens, de façon à bien dilacérer les méninges et leurs replis ; la matière cérébrale commence à s'écouler à l'extérieur. Une injection vaginale, donnée de temps en temps pendant le cours de l'intervention, empêchera cette bouillie cérébrale de s'accumuler dans le vagin. Puis on pousse le perforateur jusqu'à ce que l'on sente que sa pointe a pris contact avec la région très dure de la base du crâne. Le manche en est confié à un second aide, qui le tiendra, strictement immobile, très en bas, déprimant bien le périnée, et le pivot tourné vers le haut.

Deuxième temps : broiement de la tête. — Il s'agit de

broyer non seulement la voûte, mais surtout la base, qui est la partie résistante du crâne ; or, on arrivera à en détruire très complètement la cohésion en se conformant, dans toute basiotripsie, aux trois règles suivantes :

Première règle : Les branches doivent saisir la tête *suivant un de ses diamètres obliques, mastoïdo-malaire*, exactement comme le forceps appliqué au détroit supérieur.

Deuxième règle : Il faut toujours commencer par appliquer la branche qui doit prendre contact avec la région mastoïdienne, de façon à broyer d'abord la portion postéro-supérieure de la tête.

Troisième règle : Il faut toujours appliquer sur la face la *branche la plus longue* et finir par elle le broiement.

Ces règles générales étant posées, voyons quelle sera la technique opératoire en chaque cas particulier.

1° *La tête est en OIGT*. — **Introduction de la branche gauche première et petit broiement.** — La main droite servant de guide, la main gauche saisit la branche gauche (fig. 114) et la conduit absolument comme une branche de forceps, en arrière et à gauche, dans l'encoche sacro-iliaque de ce côté. Cette branche, que l'on introduit en la faisant passer *par-dessous* le perforateur, afin de pouvoir aisément articuler ces deux pièces, est poussée profondément, puis appliquée contre la région mastoïdienne du fœtus, que la main droite reconnaît en arrière de l'oreille. Nous articulons les deux premières pièces, en introduisant le pivot que porte la branche gauche dans la mortaise inférieure (celle qui est le plus près du manche) du perforateur ; ceci fait, nous adaptons la vis de broiement sur le pivot que porte l'extrémité de la branche gauche ; nous l'insinuons dans la fourche du perforateur, et maintenant à pleines mains ces deux pièces, nous les rapprochons l'une de l'autre, en faisant jouer lentement l'écrou à ailettes de la vis de broiement (fig. 115). Quand les deux premières pièces sont rapprochées au maximum, nous les maintenons au contact l'une de l'autre en rabattant sur la branche gauche le crochet que porte le perforateur et en serrant l'écrou à bloc. Le petit broiement est fini : la tête est solidement maintenue par ces deux premières pièces jouant le rôle de cranioclaste.

Introduction de la branche droite seconde et grand broiement. — La main gauche, introduite à gauche de l'excavation, servant de guide, vous saisissez la branche droite (fig. 116) de la main droite et, la conduisant *par-dessus* le perforateur, afin de pouvoir articuler aisément, vous la faites pénétrer profondément dans l'utérus, au niveau de la région ilio-pectinée, c'est-à-dire en un point diamétralement opposé à celui où se trouve la branche gau-

che. Ceci n'est pas toujours facile ; bornez-vous alors à placer la

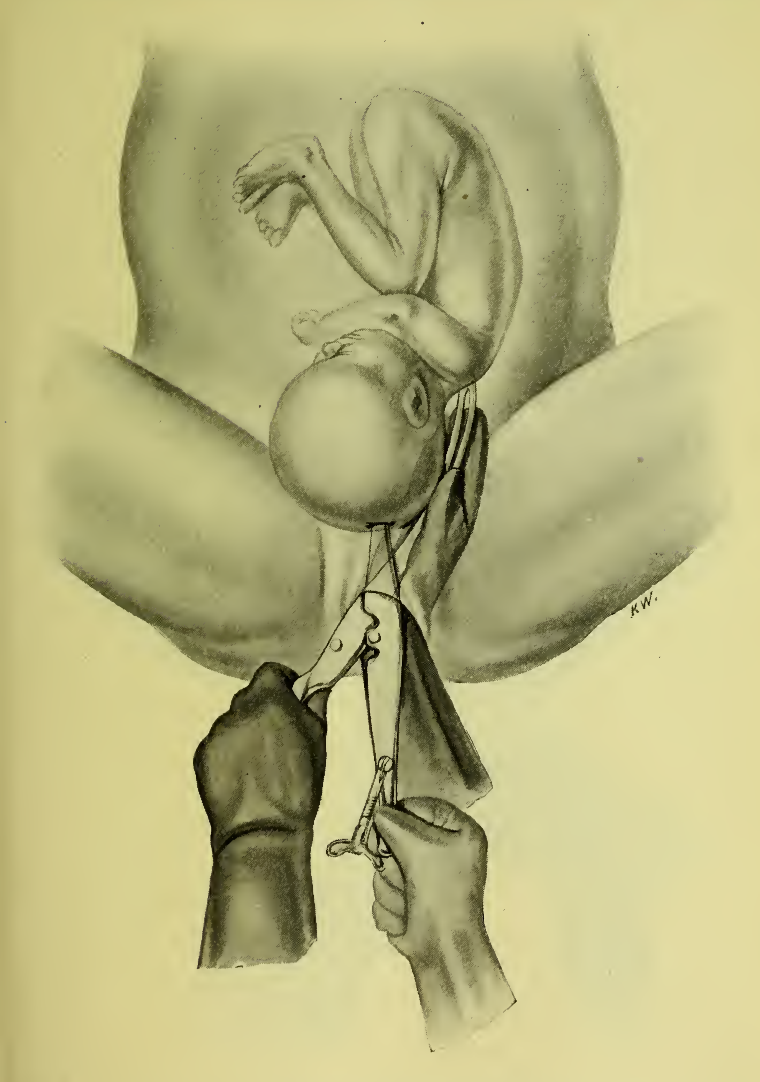


Fig. 114. — *Basiotripsie :* 2° introduction de la branche gauche, un aide tenant le perforateur en place, bien immobile.

branche droite directement à droite, à l'extrémité du diamètre trans-

verse, ce qui est très aisé ; puis, la confiant momentanément à votre

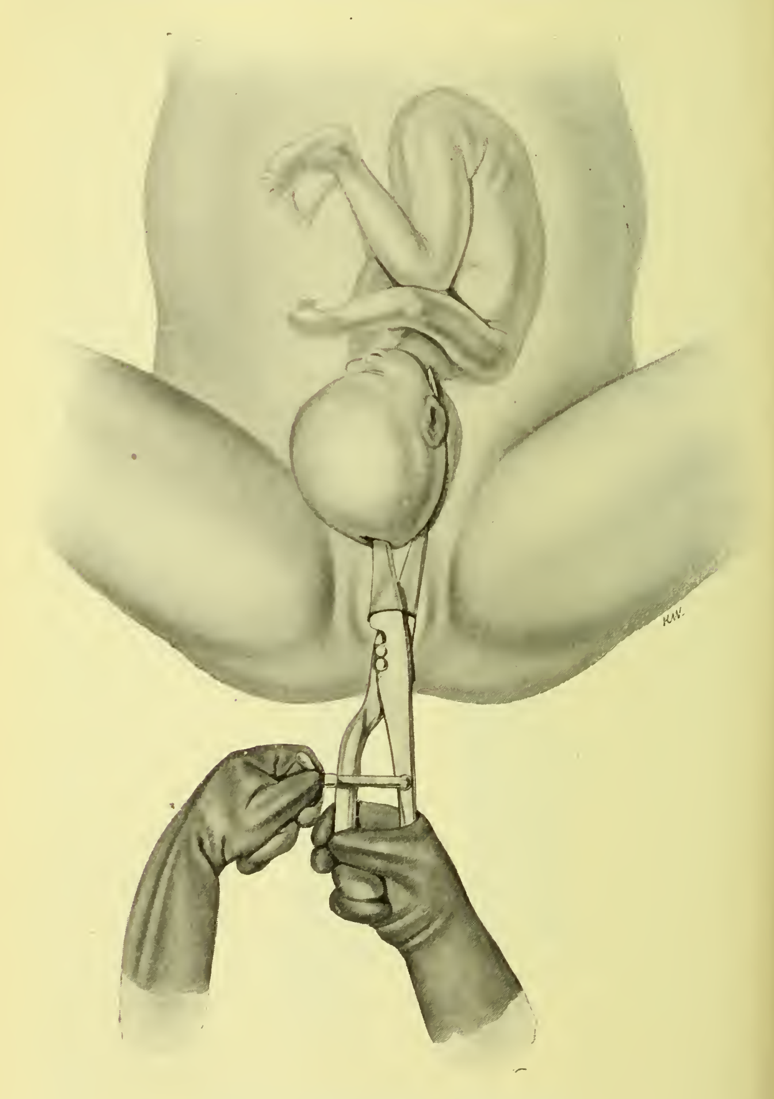


Fig. 115. — *Basiotripsie :* 3° petit broiement.

aide, vous saisissez les deux premières pièces et vous leur imprimez

un petit mouvement de rotation de 45° en tour de clé, et de gauche à

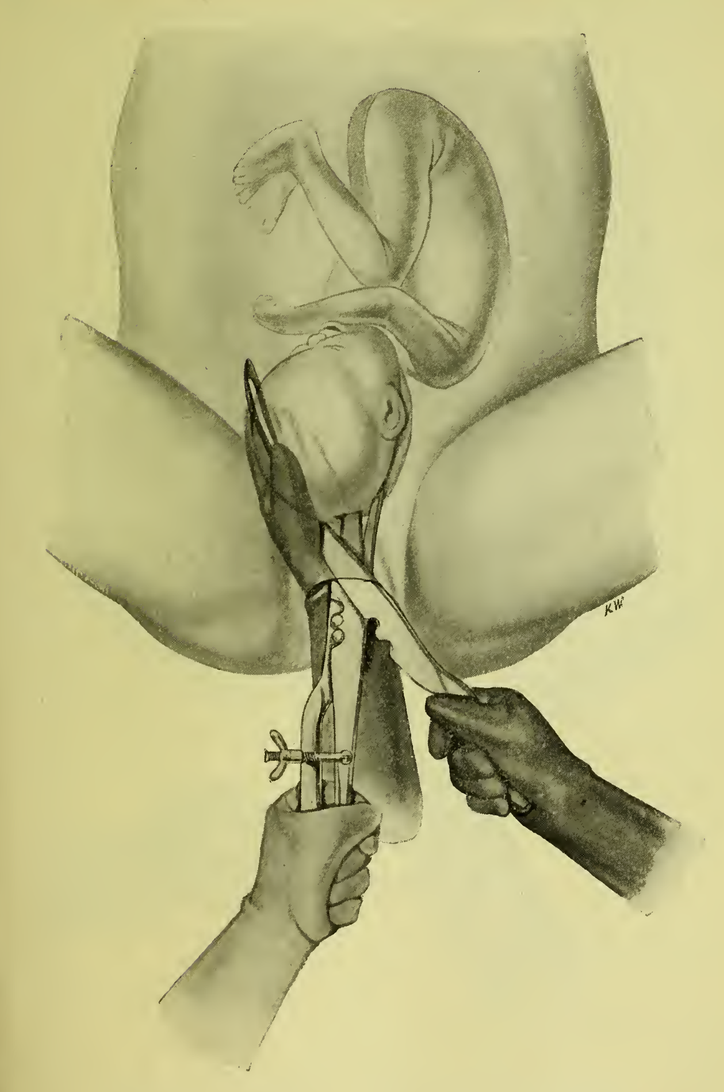


Fig. 116. — *Basiotripsie :* 4° introduction de la branche droite.

droite : cette petite manœuvre conduit la région fronto-maxillaire du

fœtus au-devant de la cuiller qui va s'y appliquer. Articulez, maintenant, en faisant pénétrer le pivot du perforateur dans la mortaise

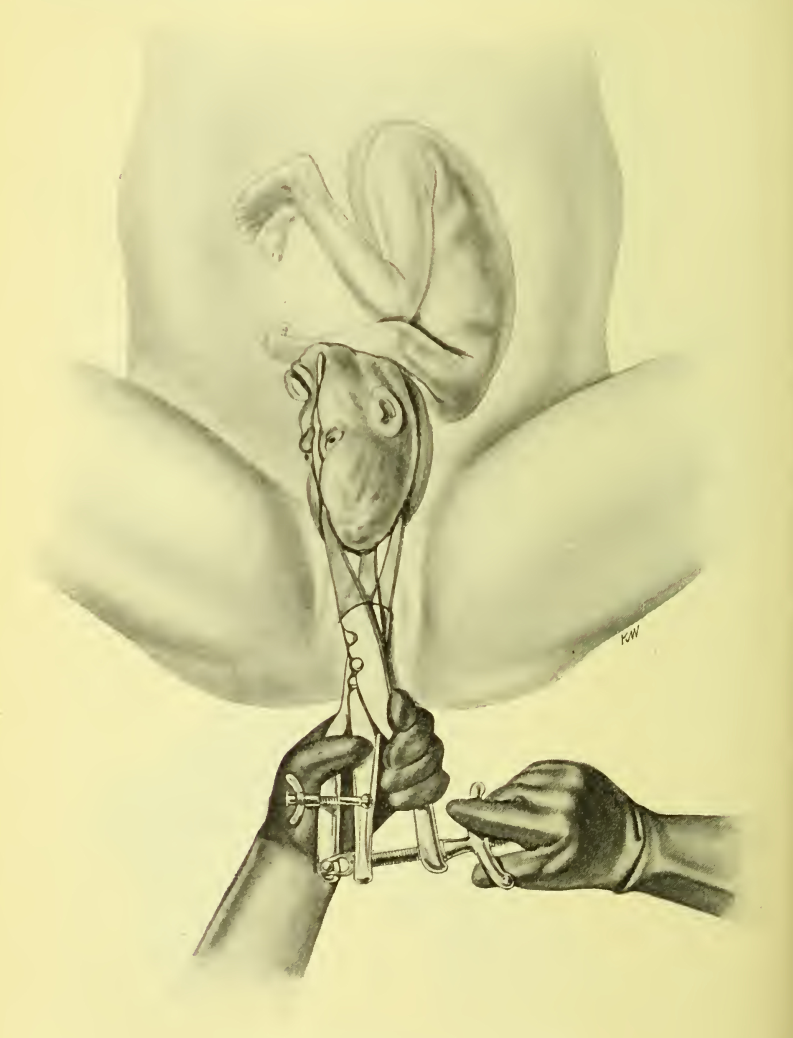


Fig. 117. — *Basiotripsie* : 5° grand broiement.

inférieure (la plus près du manche) de la branche droite. Il n'y a plus qu'à procéder au grand broiement (fig. 117), en faisant

passer la tige de la vis de broiement non seulement dans la fourche du perforateur, mais également dans celle de la branche droite, et en serrant l'écrou lentement et progressivement. Pendant ce temps, on voit s'écouler en abondance la matière cérébrale mêlée à un peu de sang noirâtre ; une injection vaginale en débarrasse les voies génitales. Quand l'écrou est serré à bloc, le broiement est terminé.

2° *La tête est en OIDT.* — Le manuel opératoire étant le même, bornons-nous à indiquer l'ordre dans lequel on introduit les branches.

Introduction de la branche droite première, passée par-dessus le perforateur et articulée avec celui-ci, de façon que son pivot réponde à la mortaise supérieure de la branche. Petit broiement.

Introduction de la branche gauche seconde par-dessous le perforateur, et articulation de ces deux pièces, en introduisant le pivot de la branche dans la mortaise supérieure du perforateur. Grand broiement.

Troisième temps : extraction de la tête broyée. — Une fois broyée, la tête est transformée en un disque dont les grandes dimensions correspondent au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur et les petites dimensions au diamètre transverse : une telle orientation est essentiellement défectueuse, puisque c'est justement le diamètre antéro-postérieur qui est le plus petit. Commençons donc par modifier cette orientation, et pour cela *imprimons à l'instrument une rotation sur place d'un quart de cercle*, soit à droite, soit à gauche : le disque céphalique pourra désormais s'engager facilement aux travers des grandes dimensions du détroit supérieur.

Par des tractions dirigées très en bas, engageons la tête dans l'excavation ; puis, pour pouvoir la dégager facilement au travers du détroit inférieur, imprimons de nouveau à l'instrument un *mouvement de rotation* de 90°, de façon à orienter le disque céphalique suivant les dimensions antéro-postérieures du bassin, à ce niveau, les plus grandes.

Les *tractions*, d'abord dirigées très en bas (fig. 118), sont faites maintenant suivant une direction se rapprochant de plus en plus de l'horizontale ; elles deviennent même ascendantes, lorsque la tête franchit l'anneau vulvaire.

L'extraction du tronc ne prête à aucune considération spéciale (Voy. p. 99) ; si l'on éprouvait quelque difficulté pour faire franchir aux épaules le détroit supérieur, on se conduirait comme s'il s'agissait d'une dystocie par excès de volume du tronc (Voy. p. 309).

Technique de la basiotripsie quand la tête se présente

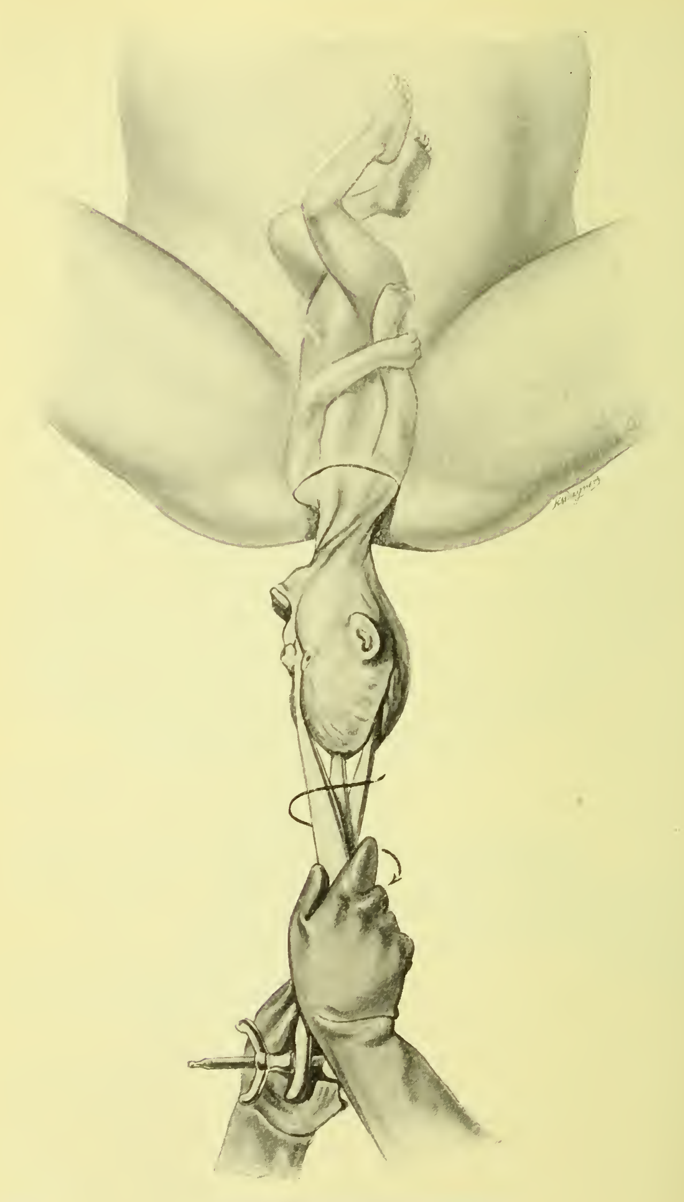


Fig. 118. — *Basiotripsie :* 6° extraction.

autrement que par le sommet. — Nous avons dit plus haut que la basiotripsie s'applique surtout à la présentation du sommet, la cranioclasie à celle de la face ou du front et la perforation simple à la tête dernière ; il est bien entendu que cette opération peut être faite s'il est nécessaire (rétrécissement très prononcé du bassin, impossibilité de se procurer un cranioclaste) dans toutes ces présentations. Les règles opératoires restent d'ailleurs absolument les mêmes ; voici les seules particularités dignes d'être signalées :

1° ***Basiotripsie sur la face.*** — Perforons *au niveau d'une cavité orbitaire*, de préférence celle qui est en arrière ; broyons la tête suivant un diamètre oblique, la première branche, la postérieure, reposant contre une bosse frontale, la seconde, l'antérieure, contre la région maxillaire du côté opposé.

2° ***Basiotripsie sur le front.*** — Perforons en *pleine région frontale*, et broyons la tête suivant un diamètre oblique, la première branche, postérieure, reposant sur une bosse frontale, la seconde, antérieure, sur l'apophyse mastoïde du côté opposé.

3° ***Basiotripsie sur la tête dernière.*** — Perforons *par la région mastoïdienne*, puis faisons une prise oblique, allant de l'apophyse mastoïde d'un côté à l'apophyse mallaire du côté opposé.

RÉSUMÉ DE LA CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE DU BASSIN RÉTRÉCI AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

Voici le résumé, en un tableau d'ensemble, des indications opératoires que nous avons posées au cours de l'étude qui précède :

I. — La femme est examinée pendant la grossesse.

A. **Bassin de 11 centimètres à 9cm,5.** — En général expectation ; accouchement prématuré provoqué en cas de trop gros fœtus.

B. **Bassin de 9cm,5 à 8cm,5.** — Accouchement prématuré provoqué.

C. **Bassin inférieur à 8cm,5.** — Attendre le terme pour agir alors par opération sanglante.

II. — La femme est en travail.

A. **Le fœtus est bien vivant.** — α. *L'accouchement est possible par les voies naturelles.* — Attendre la dilatation complète puis :

1° De 11 centimètres a 9^{cm},5 : faire pousser la femme et n'agir que si la tête ne s'engage pas spontanément;

2° De 9^{cm},5 a 8 centimètres : *forceps* au détroit supérieur, si la tête se fixe ; version podalique si la tête reste mobile au-dessus du détroit supérieur.

β. *L'accouchement est impossible par les voies naturelles.* — 1° De 8 centimètres ou 8^{cm},5 a 7 centimètres : *césarienne* au début du travail ; ou *pubiotomie* à la dilatation complète ;

2° Au-dessous de 7 centimètres : *césarienne* conservatrice, si les conditions sont favorables ; césarienne mutilatrice, ou marsupialisation de l'utérus dans le cas contraire.

B. **Le fœtus est mort ou agonisant**. — α. *Au-dessus de 6 centimètres.* — Faire l'opération qui paraît la plus simple : forceps, version (rarement), embryotomie.

β. *Au-dessous de 6 centimètres.* — Césarienne, presque toujours mutilatrice.

§ 2. — LE BASSIN EST RÉTRÉCI AU DÉTROIT INFÉRIEUR.

Cette classe de bassins ne comprend, pratiquement, que le bassin cyphotique. Le diamètre qu'il convient de mesurer est le *bi-ischiatique* ; on essaiera également de se rendre compte des dimensions du diamètre bi-sciatique, en appréciant la saillie formée, à droite et à gauche, par les épines sciatiques. Il faut se rappeler, tout d'abord, que la plupart des bossues accouchent bien, ceci pour deux raisons : 1° parce que toutes les cyphoses élevées, — et c'est le cas habituel, — ne retentissent que fort peu sur le bassin ; 2° parce que, même avec une cyphose basse, lombo-sacrée, l'extrême laxité des articulations pelviennes permet le plus souvent l'accouchement par les voies naturelles. Les indications opératoires se posent comme il suit :

I. — On voit la femme pendant la grossesse.

Faut-il la faire accoucher avant terme ? Tout dépend des dimensions du diamètre bi-ischiatique.

1° Le bi-ischiatique est supérieur a 9 centimètres : on peut laisser la grossesse aller à terme ;

2° Le bi-ischiatique mesure de 9 centimètres a 8 centimètres : on provoque l'accouchement dans le cours du neuvième mois;

3° Le bi-ischiatique est inférieur a 8 centimètres : on laisse la femme aller à terme, pour intervenir alors comme nous allons le voir.

II. — La femme est en travail.

1° **Le fœtus est bien vivant.** — Trois cas peuvent se présenter :

α. ***Le rétrécissement est léger*** (bi-ischiatique égal ou supérieur à 8 centimètres). — On attend la dilatation complète et on fait pousser la femme, en mettant les *cuisses en situation hyperfléchie* sur le bassin. Si le dégagement ne se fait pas spontanément, on aura recours au forceps. Si, ce qui n'est pas rare, chez les femmes atteintes de déviations vertébrales, il y avait de la dyspnée, on interviendrait immédiatement dès la dilatation complète, par une application de forceps, pour éviter l'apparition d'accidents cardio-pulmonaires.

Technique de l'application de forceps en cas de viciation du détroit inférieur. — L'instrument est très facile à appliquer, étant donné combien la tête est basse ; sa prise sera *directe* (Voy. p. 122), la position étant presque toujours une occipito-pubienne ou une occipito-sacrée ; si l'on est en présence de cette dernière position, on se gardera bien de la transformer, par rotation en pubienne, le dégagement en sacrée étant dans ce bassin plus favorable. Les cuisses fléchies au maximum sur l'abdomen, on exerce des tractions soutenues mais prudentes, et *on tente de faire sortir une bosse pariétale avant l'autre*, imitant ainsi, mais dans le sens transversal, le mécanisme d'inclinaison du bipariétal que l'on opère dans le diamètre antéro-postérieur, lorsqu'on fait passer une tête au travers du détroit supérieur rétréci (Voy. p. 196). Pour ce faire (fig. 119), on imprime au forceps des mouvements de latéralité dont il ne faut, d'ailleurs, pas exagérer l'étendue.

La version podalique ne saurait être faite en raison du profond engagement de la présentation. Mais, si l'enfant venait par le siège, on extraierait en général aisément la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau (Voy. p. 109).

β. ***Le rétrécissement est plus prononcé*** (bi-ischiatique mesurant de 8 à 6 centimètres). — Le mieux est de faire la *pubiotomie* à dilatation complète (Voy. p. 231). C'est dans cette sorte de bassin que la section pelvienne donne ses meilleurs résultats.

γ. ***Le rétrécissement est extrême*** (bi-ischiatique inférieur à 6 centimètres). — Dans ce cas, on aura recours à la *césarienne* (Voy. p. 212) ; celle-ci peut être difficile, du fait de l'engagement profond de la tête, si le bassin n'est pas très vicié, et c'est pour cela qu'il faut alors lui préférer la pubiotomie ; mais dans les rétrécissements extrêmes, l'engagement n'est qu'amorcé, et l'hystérotomie reprend alors ses droits.

2° **Le fœtus est mort.** — Si on ne réussit pas à l'entraîner par

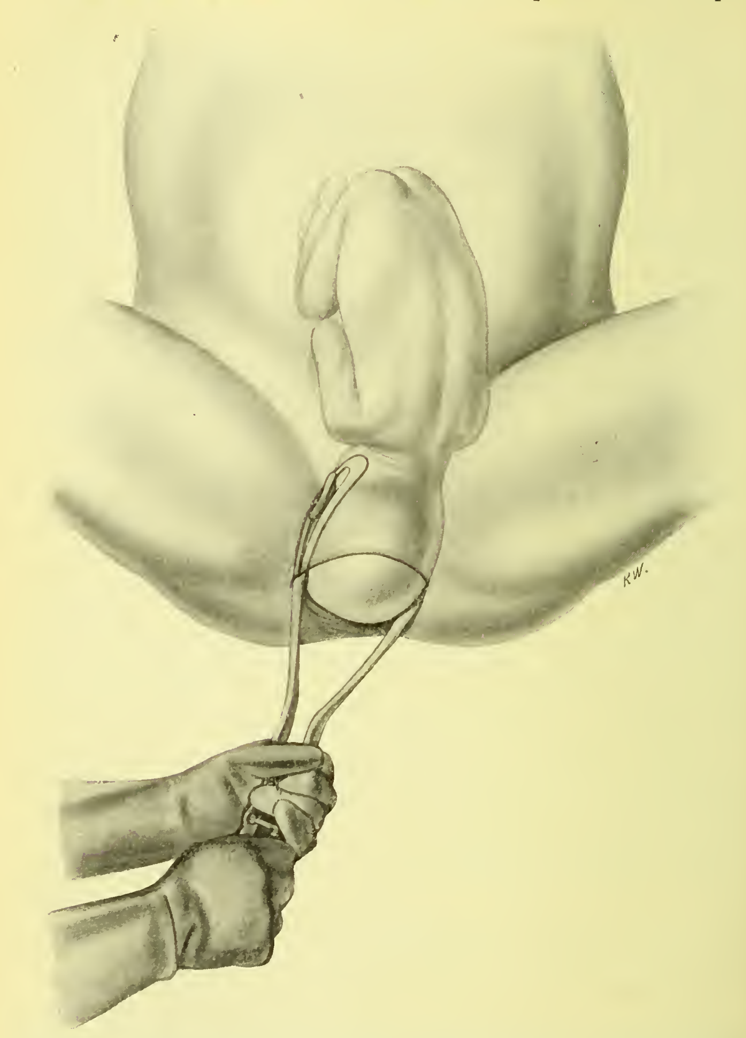


Fig. 119. — *Application de forceps, en cas de rétrécissement, par cyphose,* du détroit inférieur : mouvement d'inclinaison latérale du forceps, pour dégager d'abord l'une de bosses pariétales.

forceps, il n'y a qu'à pratiquer l'*embryotomie céphalique : basiotripsie* (Voy. p. 241) si la tête vient première, et alors très facile à faire ;

simple *perforation* (Voy. p. 203), encore plus aisée, quand la tête vient dernière.

§ 3. — LE BASSIN EST ASYMÉTRIQUE.

Cette classe comprend : le bassin ovalaire de Nœgelé, le bassin scoliotique, le bassin vicié par luxation coxo-fémorale unilatérale et le bassin coxalgique. Le premier est d'une rareté extrême, mais on pourra, toutefois, en voir le type réalisé chez une femme ayant eu, dans le jeune âge, une sacro-coxalgie. Le bassin scoliotique ne présente, habituellement, qu'une asymétrie négligeable et peut être considéré comme un bassin rachitique et traité comme tel. Le bassin par luxation unilatérale est plus nettement vicié, mais l'angustie pelvienne n'y est que peu prononcée. Quant au bassin coxalgique, le plus important de ce groupe, il peut présenter tous les degrés de rétrécissements.

La lésion, dans ce groupe de bassin, porte sur toute la hauteur de la filière pelvienne : détroit supérieur, excavation et détroit inférieur. L'appréciation du degré de rétrécissement est, de ce fait, particulièrement délicate. Pour essayer de s'en rendre compte, on mettra la femme en position obstétricale ; après avoir mesuré le diamètre promonto-pubien, on examinera très soigneusement chaque moitié latérale du bassin, en touchant alternativement, avec deux doigts de la main droite et deux doigts de la main gauche. On verra, ainsi, si l'une des moitiés du bassin est très diminuée, si l'une des encoches sacro-iliaques est beaucoup plus étroite que l'autre, si, de ce même côté, la courbure de la ligne innominée est très redressée ; on appréciera la saillie de la région acétabulaire du côté malade, s'il s'agit d'une coxalgique, la saillie inégale des épines sciatiques, etc. La nature de la viciation pourra également nous guider un peu : le bassin oblique ovalaire vrai s'oppose généralement à l'accouchement ; le bassin par luxation congénitale est, d'habitude, peu déformé, et c'est bien plutôt en raison de son antéversion qu'on aura à intervenir, d'ailleurs sans grande difficulté ; quant aux bassins coxalgiques, il en est de toutes sortes : d'une façon toute générale, la viciation sera moins sérieuse quand la femme a guéri dès la deuxième période que lorsque la cicatrisation n'a eu lieu qu'à la troisième période (période d'adduction et de rotation en dedans).

Voici comment on peut poser les indications opératoires :

A. ***On voit la femme pendant la grossesse.*** — Si le bassin n'est que très peu touché, il n'y a qu'à attendre le terme ; si le rétrécissement est plus prononcé, le diamètre promonto-pubien minimum

mesurant entre 9^{cm},5 et 9 centimètres, l'aplatissement latéral assez marqué, le mieux est de recourir à l'*accouchement prématuré provoqué* (Voy. p. 191). Si le rétrécissement est encore plus marqué, laissons aller la grossesse pour agir alors comme il sera dit plus loin.

B. *La femme est en travail.* — **1° Le fœtus est bien vivant; trois cas sont à envisager.** — α. Le bassin n'est que peu déformé. — Attendons la dilatation complète ; efforçons-nous de respecter l'intégrité de la poche des eaux. Le col étant complètement dilaté, de deux choses l'une : ou la tête a tendance à s'engager spontanément, et alors il n'y a qu'à faire pousser la femme, quitte à terminer par un forceps au bas de l'excavation, si la parturiente s'épuise. Dans le cas de coxalgie avec adduction, il arrive que l'on est très gêné par l'attitude du membre malade, pour surveiller et aider le dégagement ; en pareille occurrence, on fera coucher la femme sur le côté ankylosé, et on l'accouchera ainsi en *décubitus latéral*, la jambe saine étant fléchie au maximum vers l'abdomen, pour bien mettre à nu la région périnéale. Ou bien, du fait de l'antéversion pelvienne, il n'y a aucune tendance à l'engagement; attendre serait s'exposer à une procidence du cordon, maintenant que l'œuf est ouvert, et le mieux est de terminer de suite l'accouchement par *version podalique* (Voy. p. 199).

β. Le bassin est nettement déformé, mais l'accouchement par les voies naturelles semble encore possible. — Il y a là une question d'appréciation très délicate ; c'est encore par la comparaison des dimensions relatives de la filière pelvienne et de la tête fœtale (Voy. p. 190) qu'on arrivera à se former une opinion. L'orientation de la tête a ici une grande importance : on dit qu'elle s'engage *au large* quand l'occiput correspond à l'extrémité antérieure du grand diamètre oblique (celui qui part, en avant, du côté non rétréci du bassin), et *à l'étroit*, en toute autre position (extrémité postérieure du grand diamètre, extrémités antérieure et postérieure du petit diamètre). Or, dans l'engagement *au large*, le mieux est de recourir à une *application de forceps au détroit supérieur* (Voy. p. 196). Dans l'engagement *à l'étroit*, la préférence sera donnée *à la version podalique* (Voy. p. 199), car cette intervention permettra de modifier l'orientation vicieuse de la tête : on amènera, en faisant l'extraction du fœtus, l'occiput en regard de l'extrémité antérieure du grand diamètre.

En cas d'échec du forceps ou de la version, le fœtus est, en général, trop compromis pour qu'il soit légitime de faire courir à la mère les risques d'une intervention sanglante ; le mieux est de terminer par une *embryotomie* : *basiotripsie* (Voy. p. 241), si la tête

vient première; *perforation* (Voy. p. 203), si elle vient dernière.

γ. Le bassin est trop déformé pour permettre l'accouchement par les voies naturelles. — Au début du travail, l'indication de la *césarienne* est alors formelle ; à la fin du travail, c'est *encore à la césarienne* qu'on s'adressera, la pubiotomie étant une mauvaise opération chez une femme dont les articulations pelviennes ne sont pas saines. Si on redoute un début d'infection utérine, l'hystérotomie sera suivie de l'ablation de l'utérus (Voy. p. 223).

2° **Le fœtus est mort ou agonisant.** — Ici, comme toujours, on donnera la préférence à l'intervention la plus facile et la moins dangereuse pour la mère : c'est généralement l'embryotomie.

§ 4. — DYSTOCIE PAR TUMEUR PELVIENNE.

Toute tumeur génitale ou extragénitale peut devenir une cause de dystocie, soit en apportant un obstacle à la sortie du fœtus, soit, pour les tumeurs utérines, en entravant, en outre, le travail normal du muscle utérin.

Nous envisagerons tour à tour : les fibromes de l'utérus, le cancer du col, les kystes de l'ovaire, les autres tumeurs de l'excavation.

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PENDANT LA PUERPÉRALITÉ.

La conduite varie suivant que la femme est enceinte, en travail, ou récemment accouchée.

I. — Pendant la grossesse.

En thèse générale, *il faut s'abstenir de toute thérapeutique active* et se borner à combattre par les moyens habituels (Voy. p. 161) les menaces d'avortement qui peuvent alors se produire.

Par exception, on interviendra dans les cas suivants :

A. **Quand l'utérus est littéralement farci de fibromes interstitiels et sous-muqueux.** — En pareil cas, la grossesse n'est qu'un épiphénomène transitoire, car l'avortement ne saurait tarder, et il pourrait ne pas être sans conséquence. Cet utérus fibromateux doit donc être enlevé sans se préoccuper de la gestation, le plus rapidement possible, par *hystérectomie abdominale* (Voy. *Gynéc.*). L'intervention étant d'autant plus facile et moins dangereuse qu'elle sera plus précoce, il n'y a pas lieu de la différer.

B. **Quand les fibromes causent des accidents graves** tels que : hémorragies abondantes et répétées, troubles de compres-

sion intestinale et vésicale, accidents cardio-pulmonaires, etc. L'*hystérectomie abdominale* est là encore la seule opération logique. Si le fœtus n'est pas viable (six premiers mois), on opère comme s'il s'agissait d'un cas purement gynécologique ; si le fœtus est viable, on fait précéder l'hystérectomie de la section césarienne (Voy. p. 212).

C. **Quand il n'existe qu'un volumineux fibrome sous-péritonéal.** — Que ce fibrome augmente rapidement de volume, qu'il donne lieu à des poussées de péritonite, il faut en pratiquer l'ablation par *énucléation* (Voy. *Gynéc.*) et laisser la grossesse continuer.

II. — Pendant le travail.

Plusieurs cas distincts doivent être considérés.

A. **Le travail débute.** — Les membranes sont intactes; la mère est en parfait état ; l'enfant ne présente aucun signe de souffrance. De deux choses l'une : il y a ou il n'y a pas de fibromes au-devant de la présentation, de fibrome dit *prævia*.

α. *Il n'y a pas de fibrome prævia.* — Les tumeurs n'occupent que le corps de l'utérus. Elles ne sauraient opposer d'obstacle mécanique et n'apportent de trouble qu'en étant parfois cause d'*inertie utérine* ; celle-ci sera traitée comme à l'ordinaire (Voy. p. 115).

β. *Il y a un fibrome prævia.* — La tumeur peut être un polype, un fibrome du col ou un fibrome du segment inférieur.

1° Un *polype intra-utérin* faisant saillie dans le vagin sera extirpé (Voy. *Gynéc.*) dès le début du travail ;

2° Un *fibrome du col* est également passible de l'exérèse aussi précoce que possible ;

3° Un *fibrome du segment inférieur* offre, par contre, matière à discussion. La tumeur est-elle très volumineuse, bloquant une grande partie de l'excavation ? Il est évident que l'accouchement est impossible. Pratiquons donc, le plus rapidement possible, la *césarienne* (Voy. p. 212) et faisons-la suivre de l'*énucléation* du fibrome si celui-ci est unique, de l'*hystérectomie abdominale*, s'il y a plusieurs tumeurs, hystérectomie qu'il vaut mieux faire totale (Voy. *Gynéc.*) que subtotale. Mais si, par contre, la tumeur n'est pas très volumineuse, il faut escompter son ascension possible au cours du travail, attendre la dilatation complète et agir alors comme nous allons le dire maintenant.

B. **La dilatation est complète.** — *Si les fibromes siègent simplement sur le corps*, on engage la femme à pousser, quitte à terminer par une banale application de forceps (Voy. p. 120); mais, *s'il existe une masse fibromateuse sur le segment inférieur*, faut-il, ou non, tenter

l'accouchement par voie basse? *Tout dépend de la mobilité de la tumeur.*

α. ***La tumeur peut être refoulée vers l'abdomen.*** — La femme, anesthésiée, est mise en position obstétricale; de la main droite ou gauche, suivant que l'une ou l'autre semble pouvoir agir plus aisément, introduite dans le vagin, on refoule la tumeur, de bas en haut, vers le grand bassin ; puis l'excavation étant vide, on procède séance tenante à l'extraction du fœtus, habituellement par *version podalique* (Voy. p. 279), exceptionnellement, si la version est impossible, par une application de forceps.

β. ***La tumeur ne peut pas être refoulée hors de l'excavation.*** — Le mieux est, alors, d'agir comme nous l'avons dit plus haut, c'est-à-dire de pratiquer la *césarienne suivie aussitôt de l'énucléation* du fibrome unique ou de l'*hystérectomie abdominale*, si les masses sont muliples, ou que l'énucléation soit impossible pour une raison quelconque. A titre tout à fait exceptionnel, si le fibrome est petit, ne dépassant pas les limites d'un œuf de poule environ, si surtout les conditions ne permettent pas d'opérer chirurgicalement, on pourrait se trouver dans la nécessité d'extraire l'enfant par forceps, si la tête est enclavée, avec la tumeur dans l'excavation; par version si elle est mobile; par embryotomie céphalique (Voy. p. 241) si ces deux opérations échouaient. Le pronostic en est d'ailleurs sévère.

III. — Lors de la délivrance.

Méfions-nous des hémorragies par inertie utérine, et recourons, si le placenta tarde à venir, à la délivrance artificielle (Voy. p. 354). S'il existe une rupture utérine, traitons-la aussitôt chirurgicalement (Voy. p. 337).

IV. — Pendant les suites de couches.

On n'interviendra que *s'il survient des accidents infectieux par sphacèle de la tumeur,* traumatisée lors de l'accouchement ; l'intervention consiste, ici encore, dans l'hystérectomie abdominale totale. En l'absence de tout accident immédiat, mieux vaut laisser passer la période puerpérale, quitte à agir ultérieurement, si les fibromes ne régressent pas spontanément.

TRAITEMENT DU CANCER DU COL PENDANT LA PUERPÉRALITÉ.

I. — Pendant la grossesse.

On se conformera ici au principe actuellement bien admis en chirurgie générale, et qui veut *que tout cancer opérable commande l'exérèse.* Il y a donc à envisager deux cas, suivant que le cancer est ou n'est pas opérable.

A. **Le cancer est opérable.** — Le néoplasme ne dépasse pas les limites du col ; les culs-de-sac vaginaux paraissent indemnes ainsi que la vessie : *il faut, de toute nécessité, en pratiquer l'exérèse.* La technique, seule, diffère suivant l'âge de la grossesse.

α. ***La grossesse est jeune, le fœtus non viable.*** — Dans ce cas, qui s'étend jusqu'au sixième mois, il n'y a qu'à s'occuper de la mère. Le cancer sera donc enlevé, *le plus rapidement possible, par hystérectomie abdominale*; on s'efforcera de pratiquer une exérèse aussi large que possible, et pour cela on aura recours soit à la *colpo-hystérectomie*, soit à l'*opération de Wertheim* (Voy. *Gynéc.*).

β. ***La grossesse est avancée, le fœtus viable.*** — L'indication d'intervenir n'est pas moins formelle, mais la vie fœtale entrant désormais en cause, il faudra en tenir compte, et ce facteur peut influer sur le choix du moment opératoire ; différents cas peuvent se présenter :

1° *La grossesse est dans le septième mois, le cancer est très limité.* — Opérer maintenant, c'est vouer le fœtus presque certainement à la mort; on peut donc attendre, laisser passer quatre à six semaines en surveillant de très près la marche du néoplasme. Ce laps de temps ne va pas modifier sensiblement le pronostic maternel, et, par contre, il augmentera dans de très fortes proportions les chances de survie de l'enfant. Ayant ainsi atteint huit mois, huit mois et demi, on pratique la césarienne et on enlève l'utérus comme il sera dit plus loin (Voy. p. 262).

2° *La grossesse est dans le septième mois, le cancer est déjà avancé.* — Il semble que l'on soit à la limite de l'opérabilité ; la survie du fœtus devient alors un facteur relativement secondaire ; on pratiquera, dans le plus bref délai, la césarienne, suivie de l'hystérectomie. Le débile ainsi extrait sera l'objet de soins tout particuliers.

3° *La grossesse est de huit mois environ.* — En général, l'enfant de cet âge présente des chances sérieuses de survie ; d'autre part, il est tellement important d'opérer le plus tôt possible qu'il n'y a pas à hésiter : il faut faire, de suite, la césarienne suivie de l'hystérec-

tomie. Cette règle sera encore plus formelle, s'il est possible, lorsque la grossesse est plus avancée : attendre la venue du travail serait se mettre, sans aucun avantage, dans de moins favorables conditions opératoires.

B. **Le cancer est inopérable.** — Le néoplasme dépasse l'utérus; il a envahi largement les culs-de-sac vaginaux, parfois également la vessie : *la vie du fœtus compte seule désormais*; repoussons donc toute opération qui aurait pour but d'interrompre la grossesse (avortement, accouchement prématuré); efforçons-nous de *soutenir l'état général* de la mère par des injections de sérum, une alimentation riche; *assurons, autant que faire se peut, l'asepsie vaginale*, grâce à des injections au permanganate de potasse et à l'eau oxygénée ; mettons en jeu le *traitement symptomatique*, calmant les douleurs et l'insomnie par la morphine, les hémorragies par le repos au lit absolu, les injections chaudes à 48°, le tamponnement vaginal (Voy. p. 364); puis, quand la femme est très près du terme, enlevons l'enfant par césarienne, et comportons-nous vis-à-vis du cancer comme il sera dit à propos du même cas chez la femme en travail.

Enfin, la femme étant agonisante si le fœtus paraît viable, on pratiquera sans plus attendre, la césarienne.

II. — Pendant l'accouchement.

La femme étant en travail, la première question qui se pose est de savoir s'il convient ou non de la laisser accoucher par les voies naturelles? Or ceci dépend exclusivement de l'étendue du néoplasme.

A. **Le cancer est bien circonscrit; l'accouchement par voie basse est possible.** — Dans ce cas, la tumeur n'occupe qu'une partie restreinte du pourtour du col. On attend la dilatation complète; au besoin on enlève avec la curette les bourgeons cancéreux les plus saillants; puis, dès que la chose est possible, on extrait le fœtus par forceps ou par version, suivant que la présentation est ou n'est pas engagée. Assurant, ensuite, une rigoureuse antisepsie du vagin, on laisse passer les deux ou trois premières semaines pour enlever chirurgicalement l'utérus (Voy. *Gynéc.*) vers la fin des couches.

B. **Le cancer est plus étendu ; l'accouchement par voie basse n'est possible qu'au prix de délabrements cervicaux.** — Il faut rejeter formellement toute tentative de dilatation du col, toute incision, et se comporter comme dans le cas suivant.

C. **Le cancer est assez étendu pour rendre l'accou-**

chement par voie basse impossible. — L'indication est formelle : il faut, et le plus rapidement possible, *extraire l'enfant par opération césarienne*, et tenter l'exérèse du néoplasme toutes les fois que faire se peut; cette dernière considération va dicter la technique opératoire.

α. ***Le cancer est opérable.*** — L'objectif à poursuivre est double : il faut enlever complètement l'utérus et ne pas contaminer le péritoine par les liquides qui s'en écoulent. On atteindra ce double but en combinant la voie vaginale et la voie abdominale et en opérant comme il suit :

1° *Dissection par voie basse du vagin* commençant à quelques centimètres de la vulve, qu'on peut inciser au préalable, pour se donner du jour, et que l'on poursuit aussi haut que possible. Une large collerette vaginale étant ainsi isolée, on en pratique la *suture en bourse*, de façon à bien entourer le col et à prévenir ainsi tout écoulement de liquide.

2° La femme étant mise en position de Trendelenburg, on pratique la laparotomie, suivie de la *section césarienne*, en ayant bien soin d'*extérioriser l'utérus* (Voy. p. 215). On extrait rapidement le placenta; puis l'utérus, tamponné à la gaze, est refermé grossièrement, à l'aide de deux ou trois points à la soie.

3° Il n'y a plus qu'à pratiquer l'*hystérectomie abdominale totale*, rendue d'ailleurs assez aisée par la dissection préalable du vagin.

β. ***Le cancer est inopérable.*** — Commençons par extraire l'enfant par *césarienne*, avec extériorisation de l'utérus. Si le néoplasme semble devoir apporter un obstacle à l'écoulement des lochies, on peut faire suivre cette section de l'amputation de Porro (Voy. p. 225). Sinon on laisse l'utérus en place, et on se borne à enlever, par voie basse, à la curette et au thermocautère, les bourgeons cancéreux.

III. — Pendant les suites de couches.

On n'interviendra immédiatement que si le cancer semble atteindre les limites de l'opérabilité. Sinon il y a avantage à laisser l'utérus faire sa régression pour opérer chirurgicalement (Voy. *Gynéc.*), vers la fin de la troisième semaine. Il est bien entendu que tout accident surajouté : déchirure du col, traumatisme de la tumeur lors de l'accouchement, symptômes d'infection utérine, commanderaient l'intervention immédiate.

TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE PENDANT LA PUERPÉRALITÉ.

I. — Pendant la grossesse.

Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué commande l'ovariotomie. — Cette opération sera pratiquée *aussi tôt que possible*, car il est inutile d'attendre et de s'exposer ainsi à voir survenir des accidents de nature à compromettre le pronostic opératoire. On suivra en opérant la technique habituelle de l'ovariotomie (Voy. *Gynéc.*); il faudra avoir soin de *toucher le moins possible à l'utérus*, de façon à ne pas éveiller des contractions qui pourraient avoir pour résultat la production du travail. Dans le même but, on aura soin de faire matin et soir à l'opérée, pendant trois à quatre jours, une injection de morphine, comme après toute intervention abdominale au cours de la grossesse.

L'indication opératoire prend même un caractère d'urgence lorsqu'il se produit quelque complication telle que : *torsion du pédicule* du kyste, rupture ou infection de la poche; il faut alors intervenir dans le plus bref délai, enlever la tumeur et drainer l'abdomen, s'il y a menace d'infection.

Par contre, il est un cas où l'intervention chirurgicale doit être *différée* : c'est lorsqu'on diagnostique, alors que la grossesse est de six à sept mois environ, un *kyste enclavé dans le petit bassin.* En pareil cas, l'opération chez la femme enceinte serait extrêmement laborieuse, voire même impossible, en raison de l'obstacle créé par la présence de l'utérus gravide Le mieux, en pareil cas, est de laisser la femme aller à terme, et, sans attendre l'apparition des premières douleurs, de se comporter, comme nous allons le dire maintenant, à propos de la femme en travail.

II. — Pendant le travail.

La conduite à tenir varie suivant que le kyste est pelvien ou abdominal, c'est-à-dire suivant qu'il crée ou non un obstacle à l'accouchement.

A. Le kyste est abdominal. — On laisse *l'accouchement se faire par voie basse*, quitte à intervenir, en cas d'inertie ou défaut d'accommodation de la présentation, par forceps ou par version podalique. Puis, *dans les jours suivants*, *on pratique l'ovariotomie* : il y a intérêt à ne pas attendre, étant donnée la fréquence relative des accidents du côté du kyste, capables de survenir pendant les couches. C'est ainsi que le mieux sera d'opérer trente-six ou quarante-huit heures après la délivrance.

B. **Le kyste est pelvien.** — La tumeur, enclavée dans le bassin, constitue un obstacle à la sortie du fœtus. Il ne faut jamais essayer de faire passer l'enfant au travers d'une excavation déjà en partie obstruée par une tumeur quelconque; *l'extraction*, *même si elle était facile*, *serait dangereuse*, en traumatisant la tumeur qui pourrait ensuite s'infecter. Par conséquent, ne nous basons jamais, pour guider notre conduite, sur le volume de la tumeur, mais uniquement sur son degré de mobilité, de réductibilité vers l'abdomen.

α. ***La tumeur est réductible.*** — C'est le cas des kystes à long pédicule. La femme étant en position obstétricale, on essaie, en introduisant la main dans le vagin, au niveau du cul-de-sac où l'on sent la tumeur, *de refouler doucement cette dernière au-dessus du détroit supérieur*, en s'aidant, au besoin, de la position de Trendelenburg, puis, la voie étant libre, et la dilatation complète, on termine par une application de forceps, ou plutôt par la version podalique. Si ces tentatives de refoulement échouent, on se comportera comme dans le cas suivant.

β. ***La tumeur n'est pas réductible.*** — Il s'agit alors soit d'un gros kyste, fortement enclavé dans l'excavation, soit au contraire d'un petit kyste dermoïde. Tout essai d'accouchement par voie basse est à rejeter. Pratiquons donc la *laparotomie*, suivie de la *césarienne conservatrice*, et faisons *immédiatement l'ovariotomie*.

Cette règle souffre une exception : c'est lorsque l'état général, du fait d'une infection amniotique par exemple, fait juger trop dangereuse toute laparotomie. En pareil cas, il faut lever l'obstacle *par voie vaginale* : incisons largement le cul-de-sac postérieur; puis essayons de nous rendre compte si la tumeur est, ou non, facile à enlever : dans le premier cas, le mieux est de l'attirer au travers de la brèche, dans le bassin, de couper, après ligature, son pédicule, en un mot de pratiquer l'*ovariotomie vaginale*. Dans le second cas, on se bornera à inciser largement la tumeur, dont on réunira les deux lèvres aux lèvres de la brèche vaginale, à l'aide de points séparés au catgut; en somme, c'est la *marsupialisation* du kyste. Dans l'une comme dans l'autre hypothèse, on fait suivre ce temps chirurgical de l'extraction du fœtus par forceps ou plus souvent par version, et de la délivrance. Enfin on drainera la poche marsupialisée.

III. — Pendant les suites de couches.

Ici encore, il faut pratiquer l'*ovariotomie*. L'indication est urgente, quand il existe des signes d'infection faisant craindre la suppuration de la tumeur, ou quand il se produit une torsion du pédicule. On

agira toujours par incision abdominale, à moins d'avoir affaire à un kyste dermoïde suppuré et intrapelvien, qu'il vaudra mieux alors traiter par la *marsupialisation vaginale.*

TRAITEMENT DES TUMEURS ABDOMINO-PELVIENNES PENDANT LA PUERPÉRALITÉ.

En dehors des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire, on peut voir, mais beaucoup plus rarement, des néoplasmes de nature très diverse occupant la partie basse de l'abdomen et l'excavation pelvienne; citons entre autres : les tumeurs solides de l'ovaire, les kystes hydatiques, l'ostéosarcome, etc.

1° Pendant la grossesse. — *On enlèvera*, le plus rapidement possible, *toute tumeur isolable.* Si la tumeur ne peut être isolée, l'ostéosarcome du bassin par exemple, il faut laisser la femme aller à terme et pratiquer la *césarienne mutilatrice* (Voy. p. 223) avant le début des douleurs.

2° Pendant le travail. — La règle générale peut se formuler ainsi :

α. Quand la tumeur, du fait de son indépendance d'avec les organes voisins, peut être isolée, il faut pratiquer, le plus rapidement possible, la *césarienne* conservatrice si l'utérus est intact, mutilatrice si le néoplasme intéresse la matrice, puis extirper la tumeur ;

β. Quand la tumeur, du fait de ses attaches ou de sa grande extension, ne peut être enlevée, on pratiquera encore l'opération césarienne ; mais, au lieu de tenter une exérèse impossible, on se bornera à marsupialiser par le vagin les poches kystiques.

CHAPITRE III

CONDUITE A TENIR DANS L'ACCOUCHEMENT PATHOLOGIQUE PAR DYSTOCIE FŒTALE

I. *Dystocie tenant au fœtus :* Les présentations vicieuses : Présentation du front. Présentation de l'épaule (on voit la femme pendant la grossesse, la femme est en travail).
Excès de volume du fœtus : Excès de volume total. Excès de volume partiel.
Procidence des membres.
Accouchement gémellaire.
II. *Dystocie tenant aux annexes du fœtus :* Brièveté du cordon. Procidence du cordon.

L'accouchement peut être dystocique : 1° *du fait du fœtus*, soit qu'il se présente mal, soit qu'il y ait excès de volume total ou partiel, soit qu'il y ait procidence d'un membre, ou encore s'il s'agit d'une couche gémellaire ; 2° *du fait des annexes fœtales* et particulièrement du cordon.

I. — DYSTOCIE TENANT AU FŒTUS.

LES PRÉSENTATIONS VICIEUSES.

Toute présentation peut devenir vicieuse : nous avons vu que le *sommet*, lui-même, qui est le type de la présentation eutocique, peut, dans certaines conditions, entraîner un accouchement laborieux (Voy. p. 120); il en est de même *de la face* (Voy. p. 142) et plus encore du *siège* (Voy. p. 147). Mais ce terme de présentation vicieuse s'applique ici à deux présentations : l'une, *celle du front*, qui est presque toujours dystocique, et l'autre, *celle de l'épaule*, qui l'est toujours; c'est d'elles seules que nous allons nous occuper dans ce chapitre.

§ 1. — *CONDUITE A TENIR DANS LA PRÉSENTATION DU FRONT.*

L'enfant qui se présente par le front étant capable de naître spontanément, il n'y a pas à intervenir systématiquement, et on doit,

après la dilatation complète, engager la femme à faire des efforts d'expulsion; mais l'expectation prendra fin s'il y a arrêt du travail, souffrance de la mère qui s'épuise en vains efforts, souffrance du fœtus, menace de rupture du segment inférieur. L'intervention sera toute différente suivant que le fœtus est vivant ou mort.

Premier cas : l'enfant est vivant.

Où en est la tête ? Est-elle mobile au-dessus du détroit supérieur; est-elle fixée et plus ou moins descendue dans l'excavation ?

A. **La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.** — Il n'y a pas à hésiter : la seule opération logique est la *version podalique* (Voy. p. 277), le col étant supposé complètement dilaté et l'utérus non rétracté. Si la dilatation est insuffisante, on commence par la compléter (Voy. p. 53); si l'utérus est rétracté, la version deviendrait dangereuse, et, coûte que coûte, on tentera une application de forceps, comme il va être dit plus bas.

B. **La tête est fixée, plus ou moins engagée** — α. ***La tête est fixée au détroit supérieur.*** — S'il y a quelque possibilité de la mobiliser, agissons comme tout à l'heure, et pratiquons la version, sinon *appliquons le forceps.* Nous nous conformerons aux règles émises à propos de l'application du forceps au détroit supérieur (Voy. p. 196), c'est-à-dire que nous tenterons une prise oblique par rapport à la mère et par rapport au fœtus (prise fronto-mastoïdienne, la concavité des cuillers étant tournée vers le menton). Si l'on dérape, on tentera une prise transverse par rapport à la mère, les cuillers étant l'une directement à droite, l'autre directement à gauche, prise antéro-postérieure par rapport à l'enfant, c'est-à-dire *fronto-occipitale* : cette prise est très solide. De toute façon, l'application est pénible et le pronostic fœtal fort sévère. Si, quoi que l'on fasse, on échoue avec le forceps, il n'y a plus qu'à recourir à l'embryotomie (Voy. plus bas).

β. ***La tête est fixée dans l'excavation.*** — Nous agirons comme au détroit supérieur, en appliquant le forceps en oblique.

γ. ***La tête est au détroit supérieur.*** — L'application de forceps, beaucoup plus aisée, sera faite correctement ; le mieux est, en effet, de faire une prise bi-auriculaire (Voy. p. 196).

En résumé, l'enfant étant vivant, on pratiquera la version podalique toutes les fois que la tête est mobile ou mobilisable; on se résoudra à appliquer le forceps quand le front est fixé, quel que soit le degré de la filière pelvienne où il se trouve.

Deuxième cas : l'enfant est mort.

En général, il vaut mieux attendre, pour en tenter l'extraction, que la dilatation soit complète : toutefois, si celle-ci tardait par trop à se parfaire, on pourrait *perforer la tête* (Voy. p. 241) au niveau de la grande fontanelle, puis la laisser se modeler dans le bassin ; mais il ne faudrait pas laisser longtemps les choses en cet état, par crainte de l'infection ; dilatons donc le col (Voy. p. 53) et extrayons l'enfant par *embryotomie céphalique*. Cette embryotomie pourrait être une *basiotripsie* (Voy. p. 241) ; mais, à moins d'un rétrécissement très prononcé du bassin, ce qui est en pareil cas absolument exceptionnel, la meilleure embryotomie, quand l'enfant se présente par le front la plus facile, et la plus rapide, c'est indiscutablement la cranioclasie.

Technique de la cranioclasie. — La femme étant préparée comme avant toute intervention obstétricale (Voy. p. 120), il s'agit de prendre le massif facial du fœtus dans une très solide pince que constitue le cranioclaste ; mais, comme une des branches de cette pince doit s'appliquer à l'intérieur de la boîte cranienne, l'intervention commence toujours, comme toute embryotomie céphalique, par une perforation.

1° ***Perforation***. — Nous nous conformerons exactement aux règles émises à propos de la perforation par laquelle débute la basiotripsie (Voy. p. 242). Un aide tenant, au travers de l'abdomen, la tête très solidement fixée, la main droite conduit sur les doigts de la main gauche servant de guide le perforateur du basiotribe, pour perforer cette tête *en plein front*, bien au centre, au point le plus saillant de la présentation (fig. 122) ; c'est facile ; puis on imprime au perforateur un mouvement de circumduction pour dilacérer les replis méningés et faciliter l'écoulement de la matière cérébrale. Ceci fait, on retire le perforateur désormais inutile.

2° ***Cranioclasie proprement dite***. — Nous allons nous servir du cranioclaste de Braun, le plus simple, le plus pratique (fig. 120 et 121). Il s'agit : 1° d'introduire les branches ; 2° de les resserrer de façon à pincer solidement le massif facial ; 3° d'extraire le fœtus.

α. **Introduction des branches**. — Les branches du cranioclaste, comme celles du forceps, s'introduisent séparément ; *on introduit d'abord la branche qui doit être placée dans l'intérieur du crâne*, c'est-à-dire la *branche pleine*. La main droite la saisit, la guide sur la main gauche, jusqu'au trou de perforation (fig. 123), l'y fait pénétrer

aussi profondément que possible, et en dirige le versant rugueux du côté où sera appliquée la branche extérieure, c'est-à-dire vers la face. Puis le manche de cette première branche est confié à un aide, qui le tient strictement immobile.



Fig. 120. — *Cranioclaste*. Fig. 121. — *Cranioclaste* démonté.

La branche fenêtrée est introduite ensuite à l'extérieur du crâne, tenue de la main droite et guidée sur les doigts gauches; elle est appliquée *sur le menton*, en même temps que sur toute la région hyoïdienne (fig. 124).

β. **Articulation des branches et broiement.** — Les deux branches sont facilement articulées, grâce à la pénétration du pivot de la branche pleine dans la mortaise de la branche fenêtrée. On monte ensuite, sur l'extrémité des branches, la vis de broiement dont on fait jouer lentement le volant, de façon à rapprocher les cuillers au maximum (fig. 125). Pendant ce temps, *il faut bien*

veiller à ce que les cuillers ne glissent pas, sans quoi l'on aurait une prise peu fixe; si elles sont restées bien en place, une fois le

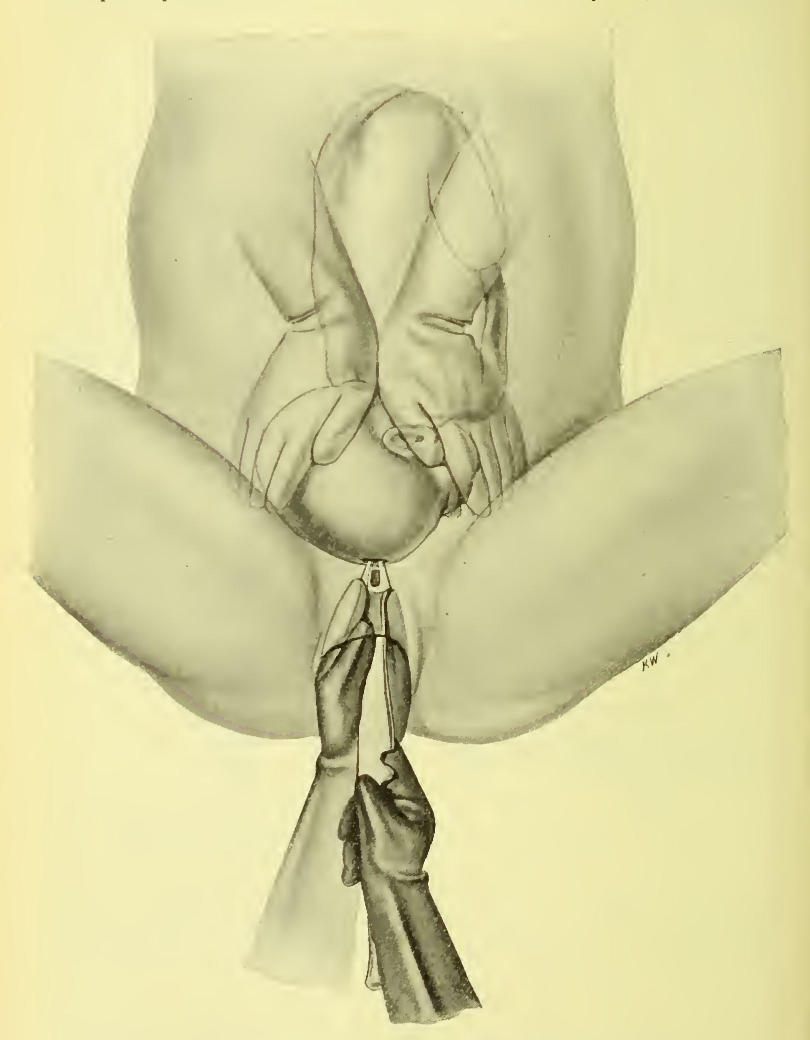


Fig. 122. — *Cranioclasie dans la présentation du front :* 1° perforation.

broiement effectué, le massif facial est saisi d'une façon très solide.

γ. **Extraction.** — Imprimez à l'instrument une *rotation de 90°*, de

façon à faire correspondre le diamètre transverse de la base au diamètre transverse du bassin, *la face regardant directement en avant.* Pour franchir le détroit inférieur, la tête sera remise, par une rotation

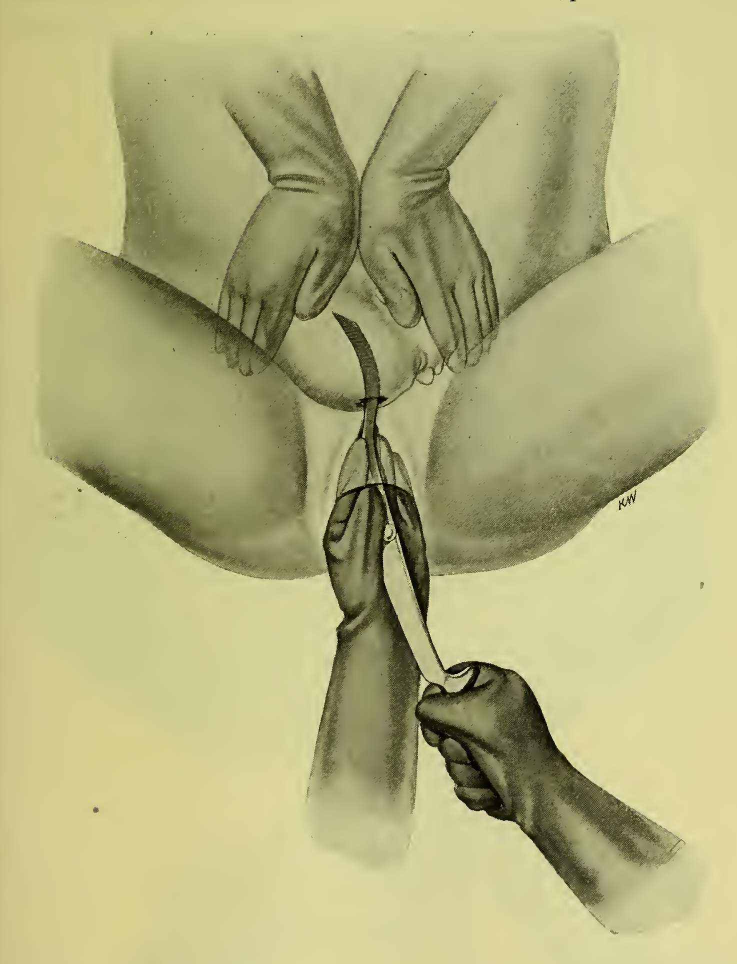


Fig. 123. — *Cranioclasie dans la présentation du front :* 2° introduction de la branche pleine par le trou de la perforation.

de même étendue, mais en sens inverse, en la situation qu'elle occupait primitivement.

§ 2. — CONDUITE A TENIR DANS LA PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE.

La présentation de l'épaule se distingue de toutes les autres par

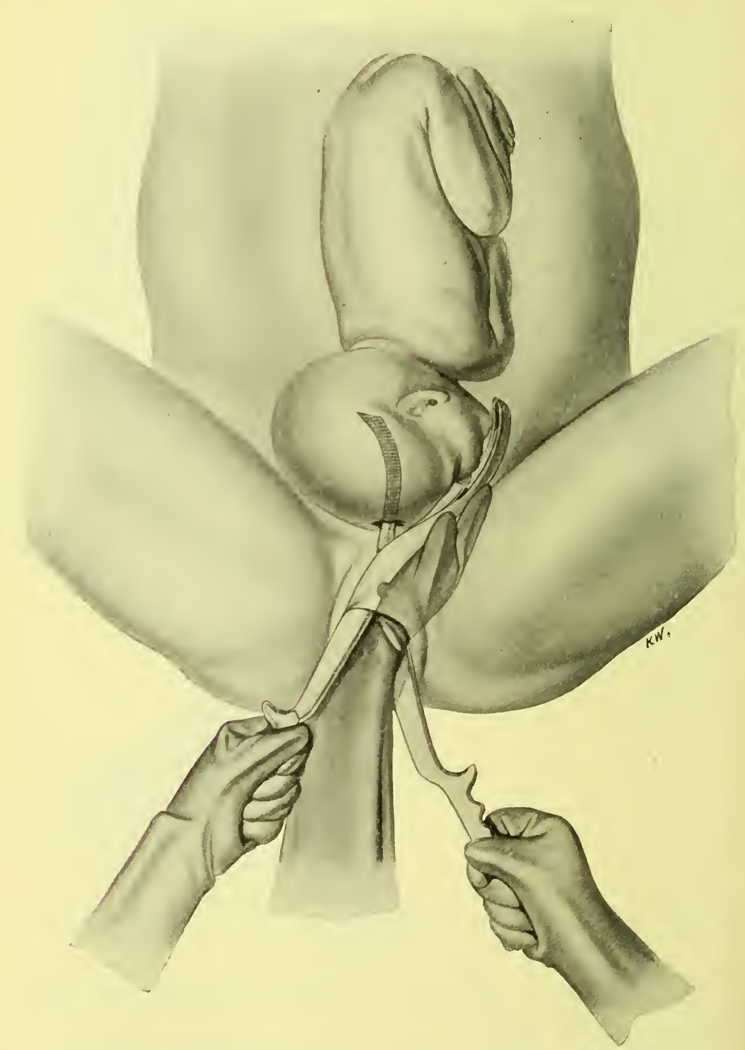


Fig. 124. — *Cranioclasie dans la présentation du front :* 3° mise en place de la branche fenêtrée sur la face, un aide tenant la branche pleine.

ce fait qu'*elle ne peut jamais se terminer spontanément* par la naissance d'un enfant viable. Par conséquent, à moins d'être en présence d'un accouchement très avant terme, de six mois par exemple, ou encore

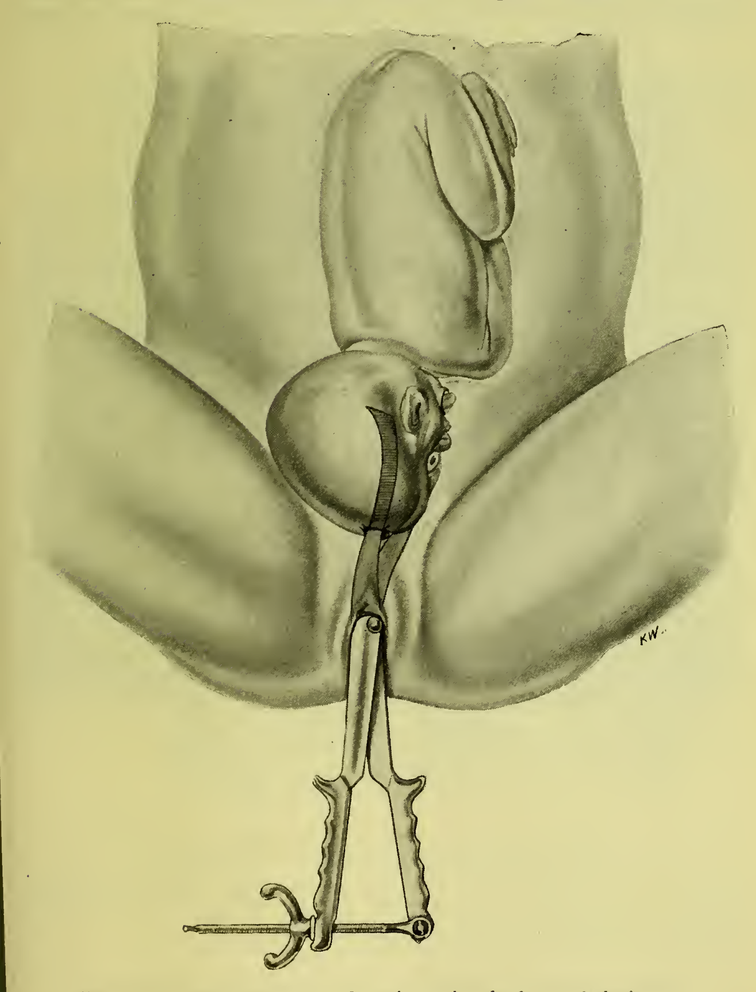


Fig. 125. — *Cranioclasie dans la présentation du front :* 4° broiement.

d'un fœtus très macéré, dans quel cas on peut laisser l'accouchement se faire seul, *il faudra toujours intervenir*. Ceci admis, quand et comment intervenir ? Envisageons les diverses hypothèses cliniques qui peuvent se présenter.

PREMIER CAS : ON VOIT LA FEMME PENDANT LA GROSSESSE.

Avant la fin du huitième mois, on peut attendre ; mais quand, le dernier mois étant entamé, le terme approche, il faut tenter de trans-

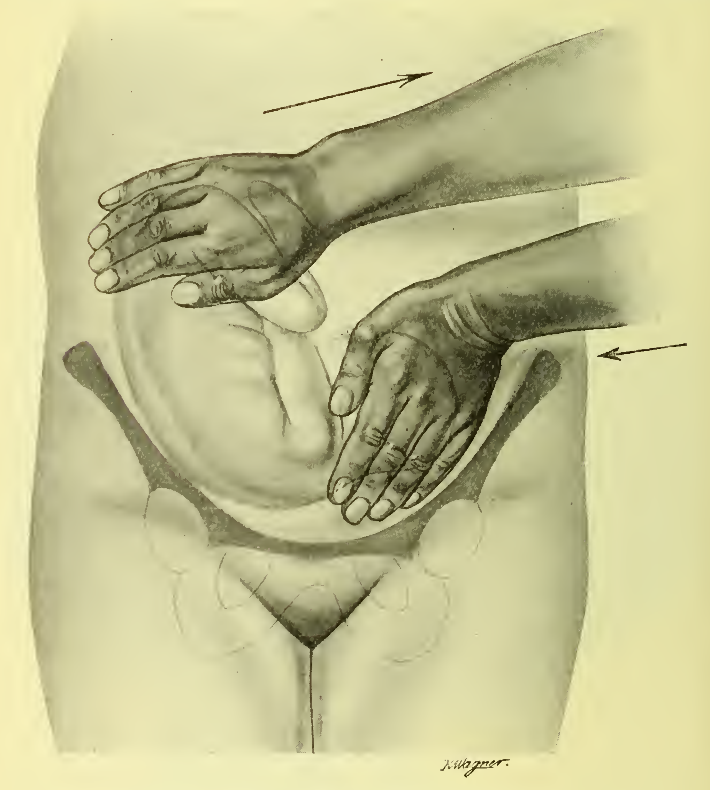


Fig. 126. — *Version céphalique par manœuvres externes*, dans la présentation de l'épaule : les mains agissent dans le sens des flèches.

former la présentation de l'épaule en présentation longitudinale, grâce à la version par manœuvres externes.

Technique de la version par manœuvres externes.

Le mieux étant toujours d'avoir affaire à une présentation de la tête, on doit se proposer pour but d'amener en bas l'extrémité céphalique du fœtus ; d'ailleurs, c'est de beaucoup ce qui est le plus facile, la tête étant, dans la présentation de l'épaule, notablement

plus rapprochée du détroit supérieur que le siège, qui en est la partie fœtale la plus éloignée. La version par manœuvres externes devient ainsi, dans le langage courant, *synonyme de version céphalique*. Le problème consiste : 1° à retourner le fœtus; 2° à le fixer dans sa nouvelle position.

1° Version proprement dite. — La femme est couchée sur le dos, la tête légèrement soulevée, les bras étendus le long du corps, les jambes allongées. L'intestin a été vidé dans les heures précé-



Fig. 127. — Larges bandes de flanelle et coussinets d'ouate entourés de toile, destinés à servir de *ceinture eutocique*.

dentes, la vessie évacuée au dernier moment. L'opérateur se place à droite de la femme et contrôle l'exacte position du fœtus. *Dans l'intervalle de deux contractions*, une des mains appuie par sa face palmaire sur la tête du fœtus et la repousse de la fosse iliaque où elle se trouve, en bas et en dedans, vers le détroit supérieur (fig. 126). Pendant ce même temps, l'autre main s'efforce de saisir le siège, l'accrochant, de bas en haut, avec les doigts, et, procédant par légères secousses, le conduit du flanc qu'il occupe, en haut et en dedans, dans la direction du fond de l'utérus. *Les deux mains agissent donc en même temps et en sens inverse l'une de l'autre.* Quand une contraction utérine survient, elles s'arrêtent, puis

recommencent jusqu'à ce que le palper montre que l'enfant est nettement verticalisé. S'il s'agit d'une multipare à paroi abdominale souple, si le fœtus est déjà fortement en diagonale, la version est faite en quelques instants. Elle peut même être particulièrement



Fig. 128. — *Manière de maintenir la tête en bas*, après version, à l'aide de deux coussinets et d'une large ceinture de flanelle.

rapide, dans le cas où la tète est très basse, presque sur la marge du détroit supérieur : il n'y a alors qu'*à réduire cette tête*, d'une poussée qui la conduit vers l'entrée du bassin.

Difficultés de cette version. — *Toute cause de résistance de la paroi abdominale* rend la version par manœuvres externes difficile : c'est le cas de la primiparité, de la surcharge graisseuse, de la contraction des muscles abdominaux. En pareille occurrence, on est autorisé à donner du chloroforme à la femme. D'ailleurs, un premier échec ne doit pas décourager ; de jour en jour, on renouvelle les tentatives, et on ne les abandonne qu'après s'être assuré que, toujours et quoi qu'on fasse, le fœtus reprend, dès que les mains l'abandonnent, sa situation primitive. Dans ce cas, la version pourrait, si on voulait la faire quand même, devenir dangereuse, car on peut supposer que le fœtus se trouve fixé en épaule par la disposition du cordon : des manœuvres trop puissantes risqueraient de le rompre ou de décoller le placenta.

Une anomalie dans la quantité du liquide amniotique rend la version impossible, s'il s'agit d'*oligo-amnios*, car alors on ne peut pas mobiliser fœtus, et inutile s'il s'agit d'*hydramnios*, car l'excès de mobilité fœtale empèche le maintien de toute présentation.

2° **Fixation du fœtus après version.** — Deux coussins allongés, en ouate hydrophile (fig. 127), sont disposés à droite et à gauche de la tête, et le tout est maintenu en place par un large bandage de flanelle, recouvrant toute la hauteur de l'utérus, et fixé par des sous-cuisses. *La femme reste au lit et garde cette ceinture eutocique tant que la tête n'est pas fixée dans le détroit supérieur* (fig. 128).

Si, par exception, le siège pouvait être amené plus facilement au détroit supérieur que la tète, il faudrait pratiquer, après échec de la version céphalique, la *version podalique* par manœuvres externes, la présentation du siège étant toujours préférable à celle de l'épaule.

DEUXIÈME CAS : LA FEMME EST EN TRAVAIL.

Un facteur prime tous les autres dans la discussion de la conduite à tenir, à savoir : la poche des eaux est-elle *intacte* ou *rompue* ? La poche des eaux est-elle intacte ? Il n'y a pas de risque de voir l'utérus se tétaniser. Est-elle rompue ? ce risque doit tout de suite ètre envisagé avec ses conséquences possibles : mort du fœtus, rupture de l'utérus.

A. — L'ŒUF N'EST PAS OUVERT.

Où en est la dilatation ?

1° **La dilatation est incomplète.** — α. La dilatation est très peu avancée ; les contractions sont encore espacées : *tentez encore la version par manœuvres externes*, mais sans trop insister de peur de rompre les membranes.

β. La dilatation est assez avancée ; il n'y a qu'*à attendre*, en s'abstenant de toucher et en maintenant la femme au lit et étendue sur le dos. Il faut à tout prix éviter la rupture des membranes. L'expectation ne prendra fin qu'à la dilatation complète.

2° **La dilatation est complète.**— A ce moment, mais à ce moment seulement, rompons les membranes et *pratiquons, séance tenante, la version podalique*. C'est là, en effet, l'indication la plus précise, la plus habituelle de cette opération; d'ailleurs, faite dans ces conditions, *au temps d'élection*, comme l'on dit laors, cette opération sera facile et doit donner un excellent résultat, à condition de se conformer strictement aux règles que nous allons maintenant étudier.

Technique de la version podalique par manœuvres internes.

La version podalique par manœuvres internes est une opération à surprise : parfois très simple, très facile, elle est souvent féconde en difficultés et en accidents, tant du côté de la mère que du côté du fœtus. Il est de la plus haute importance de ne l'entreprendre que dans les conditions où elle peut l'être, et de se conformer, temps par temps, aux règles strictes suivant lesquelles elle doit être conduite. La moindre faute peut coûter la vie au fœtus !

Les conditions requises, — col complètement dilaté, utérus non rétracté sur le fœtus, — se trouvant réalisées, la femme est mise en position obstétricale ; la vulve et le vagin sont savonnés, puis irrigués; la vessie est vidée par cathétérisme. Il est mieux d'endormir la parturiente; sans doute l'anesthésie est inutile quand la version, très aisée, va s'effectuer en quelques minutes ; mais il y a toujours une part d'imprévu dans cette opération : on ne sait jamais, au début, ni quand ni comment elle se terminera ; usons donc du chloroforme toutes les fois que nous le pourrons.

La version, c'est-à-dire la transformation de la présentation primitive (épaule ou tête) en présentation du siège, comprend deux temps : 1° l'introduction de la main et la saisie des pieds du fœtus ; 2° l'évolution du fœtus. *Quand la tête, qui se trouvait primitivement en bas, est remontée au fond de l'utérus, et que le siège est mis en rapport avec le détroit supérieur, les deux pieds pendants hors de la vulve, la version proprement dite est terminée.* Toutefois l'habitude étant d'extraire le fœtus séance tenante, *on a décrit cette extraction podalique comme troisième temps de la version.* En réalité, il s'agit là d'une manœuvre à part, surajoutée à la version, et qui peut être différée dans certaines circonstances que nous aurons à définir quand nous étudierons ce prétendu troisième temps.

Premier temps : introduction de la main et saisie des pieds du fœtus. — Un minutieux toucher manuel permet d'établir un diagnostic précis; il faut se rendre compte de la situation droite ou gauche de la tête, de la position antérieure ou postérieure du dos.

1° *Introduction de la main.* — Quelle main faut-il introduire ? — Même en dehors de tout moyen mnémotechnique, il est facile de se décider sur le choix de la main : il suffit de se représenter la position, très oblique, presque verticale, et nullement transversale, du fœtus, dont les pieds *sont tout au fond de l'utérus, et à droite ou à gauche suivant que la tête est, elle-même, à gauche ou à droite*, pour sentir si c'est la main droite, ou la gauche, qui ira le plus aisément, le plus

naturellement, à la rencontre des pieds qu'il s'agit de saisir. On arrive ainsi à la règle suivante :

a. *Quand le dos est en avant, il faut introduire la main de même nom que l'épaule qui se présente :*

Main droite quand il s'agit d'une épaule droite;

Main gauche quand il s'agit d'une épaule gauche.

b. *Quand le dos est en arrière, il faut introduire la main de nom contraire à l'épaule qui se présente :*

Main gauche quand il s'agit d'une épaule droite;

Main droite quand il s'agit d'une épaule gauche.

En d'autres termes, on introduit toujours la main qui, dans une attitude naturelle, intermédiaire à la pronation et à la supination, *regarde par sa face palmaire le plan ventral du fœtus* ; c'est *la main de même sens que le côté de l'utérus où se trouvent les pieds* : main droite quand les pieds sont à droite (épaule droite, dos en avant ; épaule gauche, dos en arrière); main gauche quand les pieds sont à gauche (épaule gauche, dos en avant ; épaule droite, dos en arrière).

Comment faut-il introduire cette main ? — La main qui va à la recherche des pieds sera revêtue, de préférence, d'un *gant de fil stérilisé*, dont on enduit de vaseline la seule face dorsale; de cette façon, cette main ne glissera pas quand elle aura saisi les pieds ; le gant de caoutchouc est beaucoup moins pratique; si l'on n'a pas de gant de fil, on opérera à main nue. *L'autre main prend contact avec le fond de l'utérus* et le maintient solidement en place, s'efforçant, en quelque sorte, d'amener cette région où se trouvent les pieds à la rencontre de la main qui va à leur recherche. Cette dernière dispose ses doigts en cône, franchit doucement l'orifice vulvaire, en s'y vissant, parcourt le vagin, reconnaît le col et pénètre dans l'orifice cervical, *dans l'intervalle de deux contractions*. Elle le franchit rapidement, rompt en cet endroit la poche des eaux si, par bonheur, celle-ci est encore intacte, entre dans l'œuf et se rend tout de suite, en suivant la face ventrale du fœtus, *jusqu'au fond de l'utérus*, là où sont les pieds ; il faut aller très loin, aussi loin que possible, si loin que le coude est à la vulve.

Difficultés dans le temps d'introduction de la main. — On peut se trouver gêné par :

α. Une trop grande étroitesse de la vulve. — Avec un peu de patience, on en triomphera toujours ; d'ailleurs, rien n'empêche, dans les cas particulièrement difficiles, de pratiquer, avant de commencer la version, une *épisiotomie* bilatérale (Voy. p. 172).

β. La présence d'un bras pendant hors de la vulve. — A la vérité, ce n'est pas là un obstacle sérieux (fig. 129); sur le poignet de ce bras, on jette un lacs, et on le confie à un aide qui l'attire en bas et

latéralement, permettant ainsi à la main de l'opérateur de s'insinuer facilement dans le vagin. D'ailleurs, ce bras procident gêne si peu qu'il est parfaitement logique d'*abaisser systématiquement le bras*

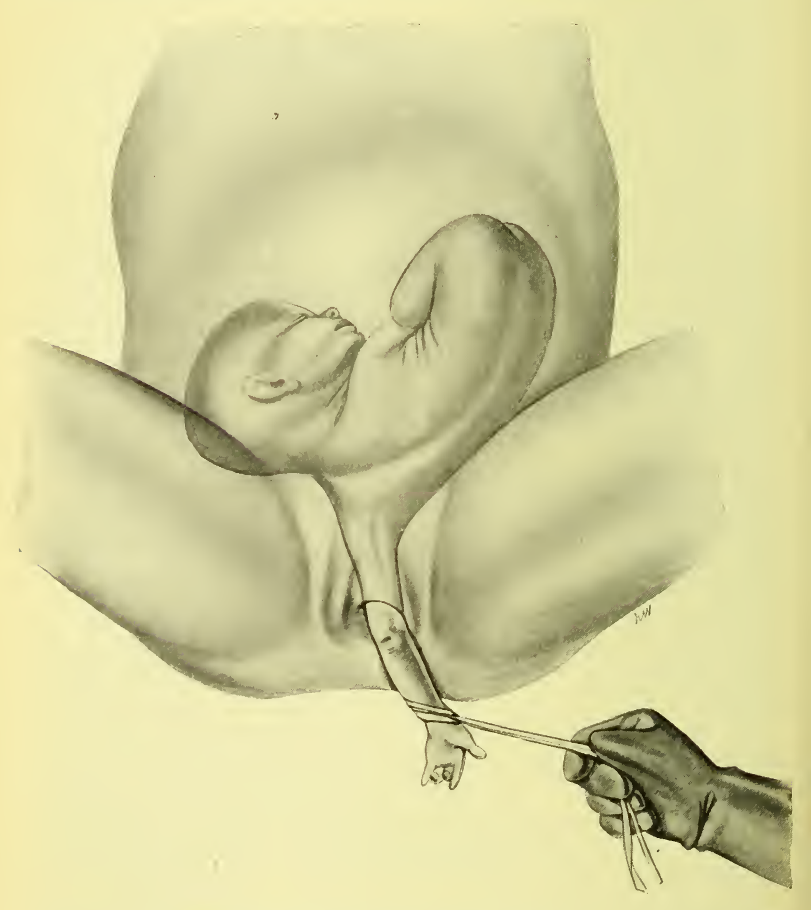


Fig. 129. — *Version podalique dans la présentation de l'épaule :* 1° un lacs est placé sur le bras procident et confié à un aide.

de l'épaule qui se présente : la mise d'un lacs sur ce bras nous sera d'un précieux secours quand il s'agira, au cours de l'extraction podalique, de l'abaisser (Voy. p. 152).

γ. Le cordon procident dans le vagin compromet singulièrement la survie de l'enfant, mais ne crée guère d'obstacle mécanique; on

recueille la tige funiculaire dans le creux de la main, qui la refoule ainsi dans l'utérus, en allant à la recherche des pieds.

δ. Le col peut être incomplètement dilaté. — La main réussirait bien à la franchir, mais il y aurait, lors de l'extraction, incarcération



Fig. 130. — *Version podalique dans la présentation de l'épaule :* 2° saisie des pieds.

de la tête dernière. Il faut, de toute nécessité, commencer par compléter cette dilatation par des manœuvres manuelles (Voy. p. 53). Ne passez jamais outre : tenter une version avec une dilatation insuffisante, c'est s'exposer à perdre l'enfant et à déchirer l'utérus.

ε. L'anneau de Bandl est rétracté. — Il faut endormir la malade à fond et forcer peu à peu cet anneau, en le massant en quelque sorte avec la main. Si la rétraction est trop prononcée pour que la

main puisse passer, il faut abandonner la version et agir comme il a été dit à propos de la rétraction utérine (Voy. p. 187).

2° **Saisie des pieds.** — QUEL PIED FAUT-IL SAISIR? — Le mieux, dans tous les cas, est de *saisir les deux pieds* (fig. 130). Si l'on ne réussit à en atteindre qu'un seul, il faut bien savoir s'en contenter; d'ailleurs, de deux choses l'une : ou on a saisi le *bon pied*, c'est-à-dire celui qui permettra, lors de l'évolution et de l'extraction, au dos du fœtus de rester en avant, ou d'y venir s'il n'y était pas; ou bien, on a pris le *mauvais pied*, celui qui laisse le dos en arrière, ou même l'y amène s'il était primitivement en avant.

α. *On a saisi le bon pied.* — Ce *bon pied* est le pied *de même nom que l'épaule qui se présente, dans les dorso-antérieures* (pied gauche, s'il s'agit d'une épaule gauche; pied droit, s'il s'agit d'une épaule droite), *et le pied de nom contraire à l'épaule qui se présente dans les dorso-postérieures* (pied droit, quand il s'agit d'une épaule gauche ; pied gauche, quand il s'agit d'une épaule droite). En pareil cas, l'évolution du fœtus va se faire commodément; si, toutefois, le fœtus, lors des tractions podaliques, ne se verticalisait pas, on pourrait toujours, alors que le premier pied est déjà à la vulve, aller chercher le second, qui se laissera alors atteindre plus aisément.

β. *On a saisi le mauvais pied.* — C'est le pied *de nom contraire à l'épaule qui se présente dans les dorso-antérieures* (pied droit, s'il s'agit d'une épaule gauche; pied gauche, s'il s'agit d'une épaule droite), et le pied *de même nom que l'épaule qui se présente dans les dorso-postérieures* (pied gauche, s'il s'agit d'une épaule gauche ; pied droit, s'il s'agit d'une épaule droite). Abaissons-le dans le vagin, puis allons tout de suite, avant de tenter l'extraction, chercher le second pied.

Quant à la façon de reconnaître, sans le voir, le pied que tient la main, elle est fort simple : il n'y a qu'à sentir l'épais bord interne et la direction des orteils pour se figurer aisément si l'on tient le pied droit ou le gauche.

COMMENT FAUT-IL SAISIR LES PIEDS ? — Il importe de les emprisonner solidement entre les doigts, l'un d'eux, le gauche, par exemple, étant saisi entre l'index et le médius recourbés en crochet au-dessus de chaque malléole, le tendon d'Achille regardant la commissure interdigitale, et le droit, coincé de la même manière, et à la même hauteur, entre le médius et l'annulaire. Si l'on ne réussit pas à réaliser cette prise idéale, on tentera de saisir les pieds à pleine main, quitte à les reprendre plus régulièrement, dès qu'un léger degré d'abaissement les aura rendus plus facilement accessibles. La main qui repose sur l'abdomen est, pendant ce temps, d'un très utile secours : elle appuie, de toutes ses forces, sur la région de

l'utérus où se trouvent les pieds, les empêchant de fuir, les forçant à tomber entre les doigts qui vont à leur rencontre.

Difficultés dans le temps de la saisie des pieds. — 1° ON PEUT CONFONDRE LES MEMBRES SUPÉRIEURS AVEC LES MEMBRES INFÉRIEURS et abaisser les bras demeuré dans l'utérus (bras de l'épaule qui ne se présente pas) au lieu d'abaisser un pied. Cette lourde faute s'explique par ce fait que, dans son trajet vers les pieds, la main croise forcément les bras ; si l'on ne se souvient pas qu'il faut aller, très loin, jusqu'au fond de l'utérus, on croit être sur un membre pelvien, et l'on tire! D'où le conseil de *ne jamais abaisser un membre avant de l'avoir sûrement identifié.* Or voici les caractères distinctifs de la main et du pied que l'on peut reconnaître *in utero* : le pied est plus gros ; il est à angle droit sur le segment auquel il fait suite ; les orteils, bien que paraissant assez longs, ne peuvent soutenir le parallèle avec les doigts, qui, eux, semblent véritablement démesurés ; le premier orteil ne pourrait être, comme le pouce, opposé aux autres ; le talon forme une saillie arrondie que rien ne rappelle au niveau de la main ; enfin la face plantaire contraste, par son aspect lisse et sa résistance, avec la malléabilité et les plis de la face palmaire. En pratique, cette confusion est toujours possible à éviter.

2° LA MAIN, DU FAIT DE L'ANTÉVERSION UTÉRINE, N'ARRIVE PAS A L'ENDROIT OÙ SONT LES PIEDS. — C'est là une difficulté qui peut être très sérieuse, surtout *s'il s'agit d'une dorso-postérieure.* Dans ce dernier cas, la main qui regarde le plan ventral du fœtus aborde les pieds par la face dorsale de ses doigts, qui, dans ces conditions, ne peuvent rien saisir. On peut s'en tirer de deux façons différentes :

α. *En modifiant la position de la femme.* — Il suffit, par exemple, de *surélever fortement le siège*, en même temps qu'un aide redresse, par l'abdomen, l'utérus au maximum afin de reporter suffisamment les pieds en arrière pour les rendre accessibles ; cette manœuvre réussit surtout dans les dorso-antérieures. On peut encore placer la femme en *décubitus latéral*, en la faisant coucher du côté où se trouvent les pieds : sur le flanc droit, si les pieds occupent la partie droite de l'utérus, sur le flanc gauche s'ils sont dans la partie gauche. Cette position rend d'immenses services et permet de triompher des cas les plus difficiles.

β. *En changeant la main qui va à la recherche des pieds.* — Ceci s'applique aux *dorso-postérieures* : nous avons dit qu'il fallait introduire la main de nom contraire à l'épaule qui se présente et la glisser en avant du fœtus, le long de son plan ventral. Si l'on échoue, introduisons la main de même nom que l'épaule et passons, soit latéralement, soit même en arrière, le long du plan dorsal ; la main

contournera le massif des fesses et viendra s'abattre sur les pieds. D'une façon générale, le bon sens nous engagera toujours à tenter avec la seconde main ce que la première n'a pu faire.

3° La main, quoiqu'on fasse, n'arrive pas sur les pieds. — Peu importe,

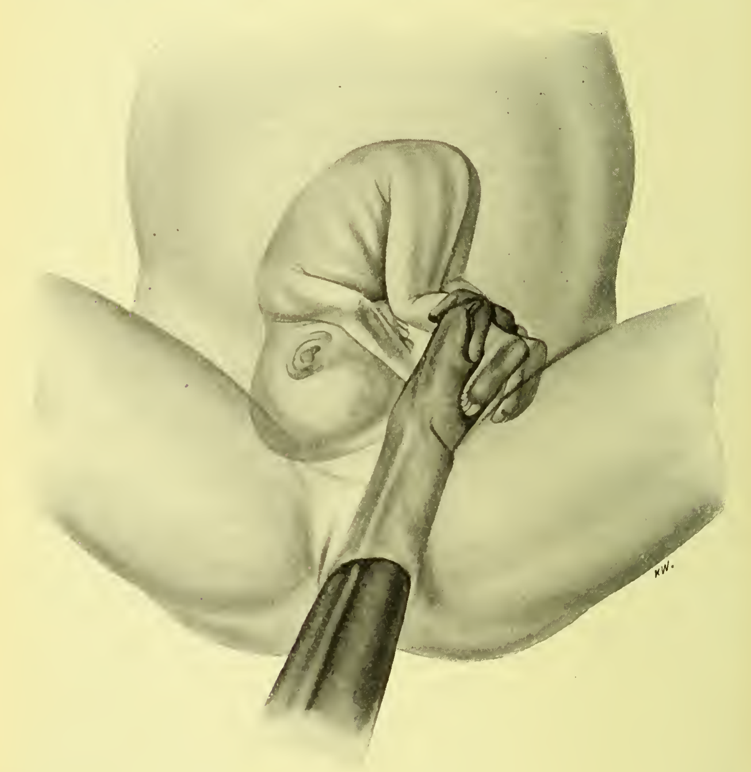


Fig. 131. — *Version podalique dans la présentation de l'épaule :* 3° évolution du fœtus.

du moment qu'elle atteint les membres pelviens : il n'y a qu'à les saisir au niveau du genou, voire même de la cuisse, en prenant alors bien garde de ne pas briser le fémur par une traction brutale.

Deuxième temps : évolution du fœtus. — Ce temps, comme le premier (fig. 131), va s'effectuer dans l'intervalle des contractions. Si le fœtus n'est pas trop verticalisé, si l'utérus n'est pas rétracté, cette évolution s'opère très aisément : *il n'y a qu'à tirer sans secousse sur les deux pieds, solidement saisis,* comme il a été dit plus haut (Voy. p. 282), pour les amener à la

vulve, et y jeter un lacs, au-dessus des malléoles, qui les empêchera

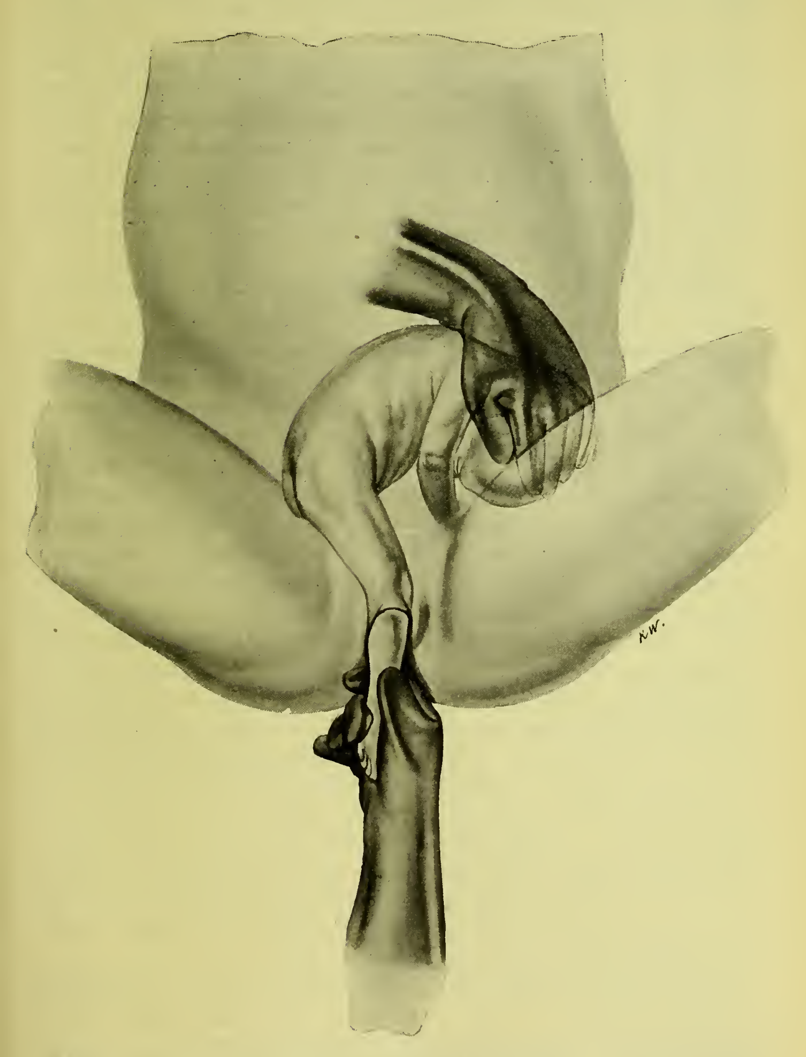


Fig. 132. — *Version podalique dans la présentation de l'épaule* : 4° évolution du fœtus ; un aide favorise l'ascension de la tête.

de fuir vers l'utérus. Mais, si le fœtus est fortement redressé, si l'anneau de Bandl est déjà assez rétracté, l'évolution deviendra

fort difficile : il va falloir, en effet, non seulement abaisser les pieds, mais chasser la tête de la partie basse de l'utérus, la faire passer du segment inférieur dans le segment supérieur. La main qui va chercher les pieds a déjà pu se charger de chasser la tête loin du détroit supérieur; elle l'a repoussée en haut et en avant. Quand elle a saisi les pieds, si, malgré les tractions podaliques, la tête ne remonte pas, un *aide pourra l'accrocher au travers de la paroi abdominale*, au-dessus du pubis, et l'attirer de bas en haut (fig. 132). C'est là une excellente manœuvre. Finalement, on sent les pieds s'abaisser facilement, et le palper abdominal constate que la tête est remontée au fond de l'utérus.

Difficultés dans le temps de l'évolution. — Elles sont de deux ordres :

1° **On n'arrive pas à maintenir les pieds.** — Ils s'échappent des mains et fuient vers le fond de l'utérus. Il faut les y aller chercher à nouveau. L'emploi du gant de fil est, nous le répétons, d'un très utile secours pour rendre la prise solide. Quand un seul pied peut être maintenu, on l'abaisse toujours à la vulve, puis, l'y maintenant à l'aide d'un lacs, on va chercher le second, pour l'abaisser à son tour.

Dans les cas où la main, quoi qu'on fasse, ne réussit pas à maintenir la prise, il faut tenter de jeter un lacs sur le pied non encor sorti des voies génitales ; cela est d'autant plus difficile que le pied se trouve plus haut. Voici comment on peut s'y prendre : disposons un lacs en nœud coulant autour des doigts de la main qui va à la recherche du pied ; quand ces doigts ont saisi ce dernier, ils se débarrassent du nœud coulant qu'ils font glisser par-dessus le talon ; quelques tractions sur les chefs du lacs assurent la solidité de la prise. Ou bien encore, on passe le lacs dans l'anneau d'une branche d'une longue pince à pansement; celle-ci fait office de tuteur et permet de serrer le nœud coulant sans faire perdre le contact du pied. Ou enfin, armons chaque chef du lacs d'une pince-clamp en ménageant entre les mors une anse de 10 centimètres qui va être placée sur la jambe ; il suffira de rapprocher les pinces, de les croiser, puis de les tordre plusieurs fois sur elles-mêmes pour emprisonner solidement le pied que le lacs a saisi.

2° **On n'arrive pas à faire remonter la tête au-dessus de l'anneau de Bandl.** — Ce peut être là une contre-indication à la version, car, si l'on essaie, quand même, de verticaliser le fœtus, on peut faire éclater le segment inférieur. Pour éviter un aussi grave accident, on n'hésitera pas à pratiquer l'embryotomie rachidienne (Voy. p. 287), si toutes les tentatives d'ascension de la tête restent vaines. Avant d'en arriver à cette extrémité, on pourra tenter la *double manœuvre* :

tandis que, d'une main, on tire sur les pieds munis de lacs, l'autre main, introduite dans l'utérus, repousse la tête de bas en haut. Cette manœuvre sera faite avec beaucoup de douceur, car une pression trop forte exercée sur la tête la projetterait contre la mince paroi du segment inférieur et créerait cette rupture de l'utérus qu'il s'agit, précisément, d'éviter à tout prix.

En somme, de deux choses l'une, ou l'utérus n'est pas rétracté, et l'évolution du fœtus se fait sans difficulté, ou il est rétracté, et cette évolution devient difficile et dangereuse; une rétraction trop forte constitue d'ailleurs la grande contre-indication de la version.

Troisième temps : extraction podalique du fœtus. — Le fœtus étant verticalisé, la version est finie, et l'on se trouve dans le cas d'une présentation du siège, avec pieds à la vulve. *A moins que le col ne soit pas complètement dilaté, le mieux est de procéder, séance tenante, à l'extraction du fœtus*, telle qu'elle a été décrite à propos de la présentation du siège (Voy. p. 149).

B. — L'ŒUF EST OUVERT.

Où en est la dilatation ?

1° **La dilatation est incomplète.** — Ici, le cas est embarrassant : intervenir trop tôt, c'est s'exposer à une déchirure du col dont on mesure mal l'extension; attendre, c'est aller au devant de la rétraction utérine avec toutes ses fâcheuses conséquences (Voy. p. 187). Envisageons deux hypothèses distinctes :

α. ***Le travail évolue normalement.*** — Bornons-nous à l'*abstention armée* ; auscultons fréquemment, constatons que l'utérus continue à se contracter, mais ne se rétracte pas, et attendons que la dilatation soit complète.

β. ***Le travail traîne, le fœtus souffre.*** — Voyons quel est l'état du col :

Le col est-il dilatable ? — Il s'agit d'une multipare ; les parties sont souples et la dilatation est de 5 à 6 centimètres; complétons la dilatation (Voy. p. 53) et faisons la version podalique.

Le col n'est-il pas dilatable ? — Accélérons le travail, en appliquant un *gros ballon de Champetier*, ou en pratiquant la *version de Braxton-Hicks* (Voy. p. 48). La dilatation va se compléter, et alors nous agirons comme ci-dessous.

2° **La dilatation est complète.** — Tout dépend de l'état de rétraction ou de non-rétraction de l'utérus.

α. ***L'utérus n'est pas rétracté.*** — Que le fœtus soit vivant ou qu'il soit mort, il faut tenter la version podalique.

β. ***L'utérus est rétracté.*** — Palper impossible, élongation du

segment inférieur, souffrance très marquée du fœtus. Il n'y a pas à hésiter, la seule intervention logique est l'*embryotomie rachidienne.*

Technique de l'embryotomie rachidienne.

Il s'agit de séparer le fœtus en deux tronçons, la tête d'une part et de l'autre le tronc ; le moyen le plus logique pour atteindre ce

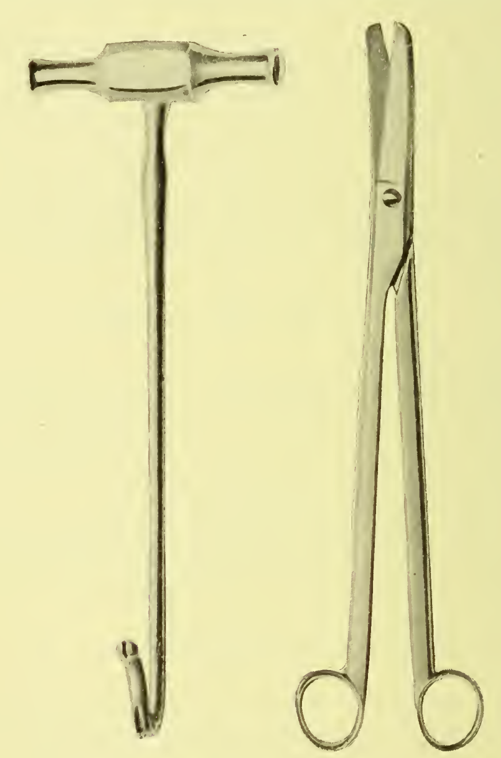


Fig. 133. — *Embryotomie rachidienne* : ciseaux de Dubois et crochet de Braun.

but est de sectionner le cou ; aussi « embryotomie rachidienne » et « embryotomie cervicale » sont-ils deux termes presque synonymes. Mais cette section du cou est loin d'être toujours facile ; il est telles circonstances qui la rendent même impraticable. Ainsi, en clinique, nous faut-il reconnaître trois cas différents, suivant que le cou est facilement, difficilement ou enfin non accessible.

Premier cas : le cou est facilement accessible. — La tête est dans le segment inférieur qu'elle distend, l'épaule pro-

fondément descendue dans l'excavation ; toute la partie inférieure du thorax est au-dessous de l'anneau de Bandl ; il reste au-dessus de cet anneau la partie basse du thorax, l'abdomen et les membres inférieurs.

L'opération sera d'exécution *facile*; mais elle est *périlleuse*; il faut user de la plus grande douceur pour ne pas risquer de faire éclater le segment inférieur. Nous allons nous servir des *ciseaux courbes de Dubois* et du *crochet de Braun* (fig. 133).

La femme est mise en position obstétricale et anesthésiée ; la vulve et le vagin sont soigneusement désinfectés. Il s'agit de fixer le fœtus pour lui sectionner le cou et ensuite de l'extraire.

A. ***Fixation du fœtus.*** — Elle doit être aussi parfaite que possible, sans quoi on risquerait fort, au cours d'infructueuses tentatives de section, de blesser les parties maternelles; mettons donc tout en œuvre pour bien l'assurer. La main droite introduite dans le col utérin va chercher le bras de l'épaule qui se présente et l'attire hors de la vulve, si, ce qui n'est pas rare, il n'y était déjà. Sur ce bras on jette un lacs autour du poignet, lacs que l'on confie à un aide, qui, placé à gauche de l'opérateur, lorsque la tête du fœtus est dans la fosse iliaque gauche, l'attire assez fortement vers la cuisse droite de la mère. Réciproquement, quand la tête occupe la fosse iliaque droite, l'aide se place à droite de l'opérateur et attire le lacs vers la cuisse gauche. Si l'on dispose d'un second aide, on le prie de maintenir, au travers de l'abdomen, l'ensemble de l'utérus et du fœtus.

La main droite ayant soigneusement établi le diagnostic de la présentation (épaule droite ou gauche, dos en avant ou en arrière, situation et direction du cou), cède la place à la *main gauche*, qui va avoir pour premier rôle de jeter ses doigts en collier autour du cou, puis de guider, pendant toute l'intervention, la mise en place des instruments que manie la main droite, et d'en contrôler le travail. *Cette main gauche saisit le cou en l'enserrant entre le pouce d'un côté, l'index et le médius de l'autre* ; elle sera disposée de telle sorte *que le bord radiel de l'index soit tourné du côté de la tête* ; sa position sera donc la suivante :

Présentation gauche de l'épaule droite (tête à gauche, dos en avant) : la main est en pronation, l'index et le médius entre l'arc antérieur du bassin et le cou, le pouce en arrière.

Présentation droite de l'épaule gauche (tête à droite, dos en avant) : la main est en supination, le pouce en avant du cou, entre cette partie fœtale et l'arc antérieur du bassin, l'index et le médius en arrière.

Présentation droite de l'épaule droite (tête à droite, dos en arrière) :

la main est en supination, l'index et le médius en arrière du cou, entre lui et le sacrum, le pouce en avant.

Présentation gauche de l'épaule gauche (tête à gauche, dos en

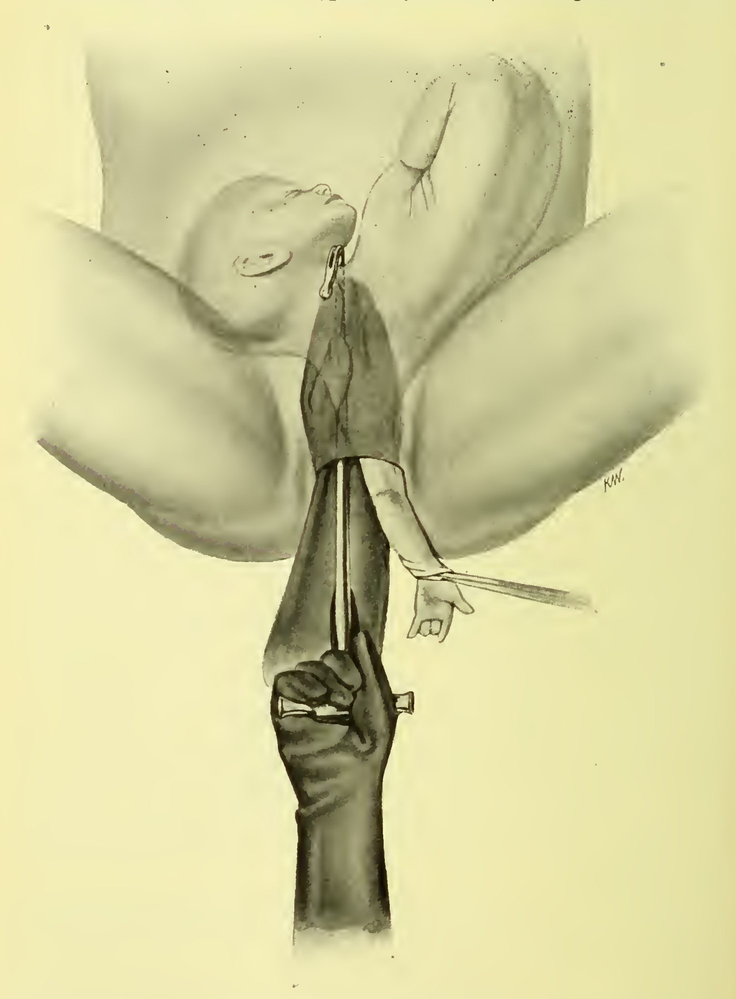


Fig. 134. — *Embryotomie rachidienne :* 1° fixation du cou à l'aide du crochet.

arrière) ; la main est en pronation, l'index et le médius en avant du cou, le pouce en arrière, entre lui et le sacrum.

En résumé : la main gauche est *en supination si la tête est à droite*, elle est en *en pronation si la tête est à gauche.*

La main gauche étant en place, *la main droite va jeter le crochet*

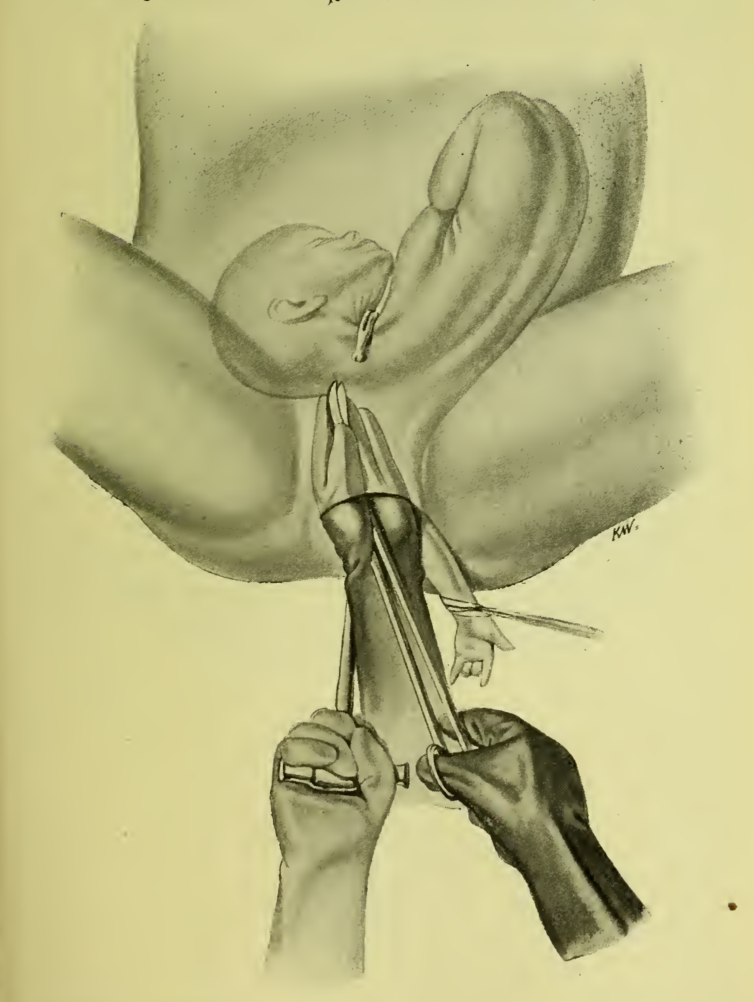


Fig. 135. — *Embryotomie rachidienne :* 2° section, aux ciseaux, du cou maintenu par le crochet confié aux mains d'un aide.

mousse de Braun autour du cou (fig. 134). On tient la poignée de cet instrument de façon que le crochet repose à plat dans la

paume de la main gauche guide et que son bouton terminal soit tourné vers le tronc ; on l'introduit *en passant toujours le long du plan ventral du fœtus*, c'est-à-dire qu'on le glisse dans la concavité sacrée, en arrière du fœtus, si le dos est en avant, et derrière l'arc antérieur du bassin, en avant du fœtus, si le dos est en arrière. On pousse ce crochet profondément, de façon à bien dépasser le cou, puis on imprime au manche de l'instrument un mouvement de rotation sur son axe de 90° environ, de façon à ramener l'extrémité du crochet directement en avant, si l'instrument a été introduit en arrière du fœtus, directement en arrière, si l'instrument a été introduit en avant du fœtus. Le crochet est alors bien orienté ; il n'y a qu'à tirer sur le manche pour abaisser ce crochet et lui permettre de saisir solidement le cou, ainsi que s'en assurent les doigts de la main gauche demeurée en place. Le fœtus est désormais parfaitement immobilisé ; le cou, qu'il s'agit de sectionner, est abaissé autant que faire se peut au-devant de l'instrument qui va l'attaquer.

B. *Section du cou.* — Confions le manche du crochet à l'aide que l'on avait déjà chargé du lacs et recommandons-lui de le maintenir solidement dans la même direction que ce dernier (Voy. p. 289). De sa main droite, devenue libre, l'opérateur saisit les *ciseaux de Dubois* (fig. 135) ; il les glisse, fermés, dans le creux de la main gauche-guide, *leur concavité tournée vers le tronc du fœtus* : de cette façon, leur pointe se dirige perpendiculairement à la direction du cou. Cette pointe prend de suite contact avec le point le plus déclive du cou ; on entrebâille alors les ciseaux et on crée, en cet endroit, une boutonnière cutanée; dans cette boutonnière, on enfonce les lames et, par petits coups répétés, sous la protection de la gaine constituée par la peau, on coupe les tissus cervicaux au-dessus et au-dessous du rachis. Quand le rachis est à peu près isolé, on le saisit entre les deux lames que l'on rapproche, en serrant à pleines mains les manches, comme si l'on se servait d'un sécateur; la colonne vertébrale est ainsi sectionnée au niveau de l'un de ses disques intervertébraux. Si l'on ne réussit pas du premier coup, il n'y a qu'à recommencer la manœuvre une seconde fois, une troisième s'il est nécessaire; enfin l'aide qui tient le crochet sent que le rachis est rompu. Il n'y a plus qu'à sectionner les téguments superficiels : pour ce faire, une branche est retirée hors de la brèche cutanée, l'autre restant au-dessous d'elle ; la peau se trouve ainsi excisée entre les deux branches et facilement coupée en deux ou trois petits coups. *Les doigts de la main gauche, qui n'ont cessé de contrôler le travail des ciseaux, empêchant toute échappée vers les parties maternelles*, se rendent compte alors du résultat obtenu ; si quelques tissus relient

encore les deux tronçons du fœtus, il n'y a qu'à exercer des trac-



Fig. 136. — *Embryotomie rachidienne :* 3° extraction du tronc, après section du cou.

tions sur le crochet; ces tissus, distendus, déjà dilacérés, seront alors très facilement sectionnés; ou bien encore on peut les rompre

en imprimant au crochet un mouvement de tire-bouchon autour de son axe.

C. ***Extraction du fœtus.*** — Les deux tronçons du fœtus vont être extraits successivement, le tronc d'abord, la tête ensuite.

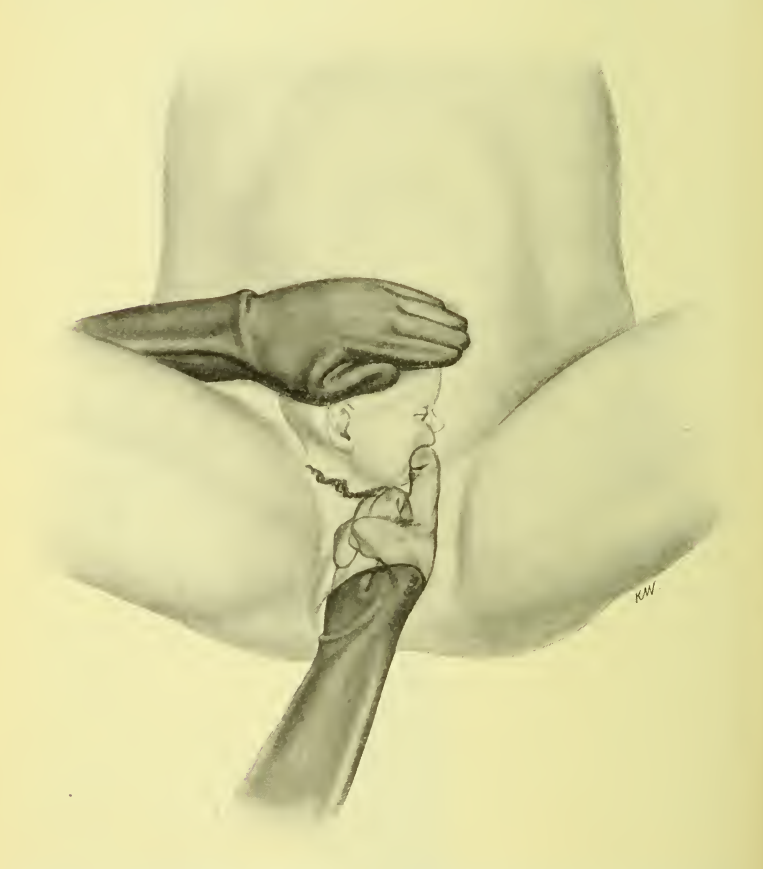


Fig. 137. — *Embryotomie rachidienne :* 4° extraction de la tête restée seule dans l'utérus, par une ébauche de la manœuvre de Mauriceau.

α. **Extraction du tronc.** — Il n'y a qu'à exercer des tractions sur le bras procident et, dans l'immense majorité des cas, le tronc sortira très aisément (fig. 136). Si ce bras a été arraché, on saisira le cou lui-même, soit à l'aide des doigts, soit à l'aide du cranioclaste, de la pince de Ménard (Voy. p. 211) ou du davier de

Farabeuf; en cas d'échec, on pourrait, comme dernière ressource, aller chercher un pied et entraîner le fœtus par un simulacre de version podalique, facile maintenant que la tête est séparée du tronc. Il est tout à fait exceptionnel qu'on ait à en arriver là.

β. **Extraction de la tête.** — A peine le tronc sorti, on procède à l'extraction de la tête, manœuvre très facile du moment que l'on n'a pas laissé à l'utérus le temps de se rétracter (fig. 137). La main gauche, placée sur l'abdomen, maintient l'utérus; la main droite introduit l'index et le médius dans la bouche jusqu'au pharynx, le pouce reposant sur la région sus-hyoïdienne, et elle tire en ébauchant la manœuvre de Mauriceau (Voy. p. 109). Si ces manœuvres manuelles échouent, on aura recours aux manœuvres instrumentales étudiées plus haut (Voy. p. 203).

Une fois le fœtus extrait, *on procède de suite à la délivrance artificielle*, on en profite *pour reviser l'utérus* et constater qu'il n'y a pas de déchirure du segment inférieur ou d'éclatement du dôme vaginal; on termine par une injection intra-utérine. Si l'on s'aperçoit que l'utérus est rompu, il faut agir aussitôt comme il sera dit par ailleurs (Voy. p. 334).

Deuxième cas : le cou est difficilement accessible. — La tête est au-dessus de l'anneau de Bandl, toujours plus ou moins rétracté en pareil cas; elle est fortement infléchie contre le plan latéral du tronc, ce qui donne au cou une direction voisine de la verticale; l'épaule est moins profondément engagée que dans le cas précédent. Il s'agit de rendre le cou accessible, puis de le sectionner. L'opération est *laborieuse*, fatigante, mais, par contre, *beaucoup moins dangereuse* pour la mère que lorsque le corps fœtal occupe, en grande partie, le mince segment inférieur.

A. ***Manière de rendre le cou accessible.*** — On peut essayer successivement de trois moyens :

1° On peut exercer de fortes tractions sur le bras procident, tractions que l'on dirige en bas et latéralement dans le sens opposé au côté du bassin occupé par la tête. Si le fœtus est mort depuis peu, ces tractions peuvent être assez énergiques. S'il y a début de macération ou de putréfaction, il faut se garder de déployer trop de force, sous peine d'arracher le bras, sans autre résultat.

2° Le crochet de Braun rendra, lorsque la manœuvre précédente a échoué, d'utiles services. On essaie, ce qui n'est pas toujours facile, de le jeter sur le cou, en se conformant aux règles émises ci-dessus (Voy. p. 289), puis on tire fortement. C'est là un moyen excellent.

3° En cas d'échec, abaissons l'autre bras. — Cette manœuvre, en faisant tourner le tronc du fœtus sur son axe, déplace l'épaule qui se

présente, modifie la situation et la direction du cou et le rend plus facilement accessible. Pour ce faire, sectionnons tout d'abord, s'il nous gêne, le bras procident : l'aide tirant fortement sur le bras, on le sépare très aisément du thorax en quelques coups de ciseaux. Ceci étant fait, glissons la main droite dans l'utérus, et allons à la recherche de l'autre bras ; le dos est-il en avant, nous abaisserons ce bras tout naturellement dans la concavité sacrée, c'est facile ; le dos est-il en arrière, on peut tenter l'abaissement du bras en avant, mais le mieux est encore de l'abaisser dans la concavité sacrée. Une fois amené à la vulve, ce second bras est armé d'un lacs et confié à l'aide, qui va le maintenir solidement.

B. *Section du cou.* — Le schéma de l'intervention est toujours le même : il faut jeter un crochet sur le cou et sectionner les tissus cervicaux qu'abaisse et que fixe ce crochet. La mise en place du crochet se fait comme il a été dit plus haut (Voy. p. 203). Avec quel instrument fera-t-on la section ? Trois embryotomes sont à notre disposition : les ciseaux de Dubois, l'embryotome de Ribemont-Dessaignes et l'embryotome-guillotine de Tarnier.

α. Les **ciseaux de Dubois** nous ont servi pour les cas faciles; c'est encore à eux que nous allons nous adresser tout d'abord ; mais, *comme ils ne doivent agir que sous le contrôle permanent des doigts de la main gauche*, il faut, pour qu'on puisse en faire usage, que ces doigts aient pu être amenés au contact du cou ; ceci fait, on manie les ciseaux comme précédemment, mais avec beaucoup plus de difficultés : leurs lames n'attaquent le cou que tangentiellement ; les doigts qui les actionnent se fatiguent vite et se paralysent, et il n'est pas rare, dans de telles conditions, que l'on n'arrive pas à sectionner le rachis. Que faire alors ? Si l'on ne possède aucun autre instrument, il faut, coûte que coûte, s'armer de patience, recommencer les tentatives, et ceci pendant une heure et plus parfois ! Si l'on a la chance d'avoir à sa disposition les autres embryotomes, abandonnons pour eux les ciseaux.

β. Les **embryotomes de Ribemont-Dessaignes et de Tarnier** nécessitent une seule condition, c'est qu'on puisse jeter sur le cou le crochet qui en constitue, chez l'un comme chez l'autre, la première pièce ; ceci étant fait, le reste de l'opération peut être mené à bien, sans qu'il y ait besoin de surveiller, avec la main gauche, le jeu de l'instrument. Leur usage est donc d'un très précieux secours dans tous les cas où la hauteur du cou et sa direction verticale ont rendu tout juste possible la mise en place du crochet, mais ne permettent pas la mise des doigts gauches en contact avec le cou, non plus que le jeu des ciseaux.

1° L'embryotome de Ribemont-Dessaignes (fig. 138) présente ce grand avantage qu'une fois mis en place il permet de sectionner le cou sûrement, complètement en une seule fois. On commence par placer le crochet de cet instrument sur le cou, exactement comme l'on plaçait, dans l'embryotomie aux ciseaux, le crochet de Braun (Voy. p. 203). Puis l'on va à la recherche de l'anneau fixé à la partie



Fig. 138. — *Embryotome de Ribemont-Dessaignes :* à gauche, l'instrument est monté ; à droite, il est démonté.

inférieure du ressort d'acier qui passe dans la rainure de ce crochet ; d'ailleurs, il est très facile de rendre cet anneau accessible, en poussant de bas en haut la partie du ressort qui pend, à l'extérieur, du côté du manche de l'instrument. L'anneau, saisi, est attiré à la vulve. Dans la rainure du tube protecteur, on introduit alors la partie étroite du ressort, et ce tube, poussé doucement, glisse de bas en haut sur le ressort qui le conduit, véritable fil d'Ariane, au contact du bec du

crochet. Engageons alors dans la mortaise creusée sur le manche du crochet le pivot que porte, à son extrémité inférieure, le tube protecteur et serrons à bloc, après avoir rapproché et rendu parallèles ces deux pièces. Le cou est ainsi enserré dans la concavité d'un U renversé dont les branches, creusées en rainures, vont permettre le jeu d'une ficelle-scie sans risquer de blesser les parties maternelles. Cette ficelle-scie est fixée à l'aide d'un nœud de catgut ou de soie à l'extrémité antérieure du ressort; pour l'introduire, il n'y a donc qu'à tirer sur l'anneau de ce ressort de façon à le faire sortir complètement de sa gaine : la ficelle-scie prend ainsi sa place; on la



Fig. 139. — *Embryotome-guillotine de Tarnier.*

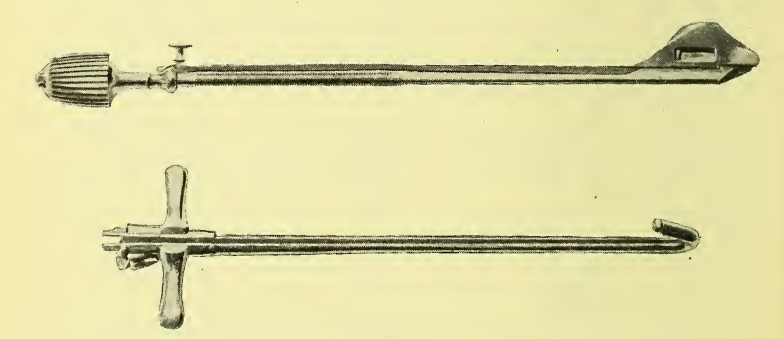


Fig. 140. — *Embryotome de Tarnier*, démonté.

débarrasse, en sectionnant le nœud qui l'y fixait, du ressort désormais inutile et, saisissant à pleine main ses deux extrémités entourées de compresses, on décapite le fœtus en imprimant à cette scie quelques larges et rapides mouvements de va-et-vient. Le cou sectionné, l'instrument tombe dans les mains de l'opérateur; il n'y a plus qu'à extraire le fœtus (Voy. p. 294).

Quand on peut l'employer, l'embryotome de Ribemont est un excellent instrument ; malheureusement, l'ampleur de son crochet empêche parfois sa mise en place; c'est ainsi qu'on pourra être forcé de l'abandonner dans certaines dorso-antérieures enclavées.

2° L'embryotome-guillotine de Tarnier (fig. 139 et 140) nous offre une dernière ressource dans les cas particulièrement difficul-

tueux : la forme de son crochet, sa moindre ampleur permettent de

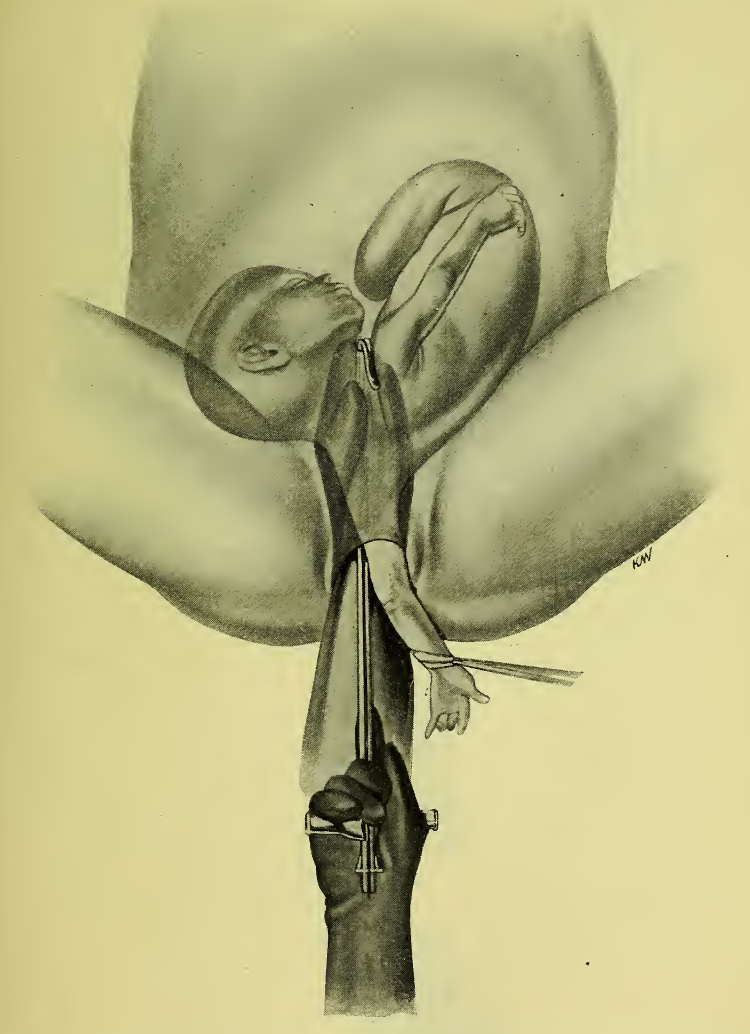


Fig. 141. — *Embryotomie à l'aide de l'instrument de Tarnier :* 1° mise en place du crochet.

le placer là où avait échoué l'instrument de Ribemont; d'ailleurs, si l'on n'arrive à saisir qu'une partie du cou, peu importe, cette

partie sera toujours sectionnée, et il n'y a qu'à faire deux ou trois

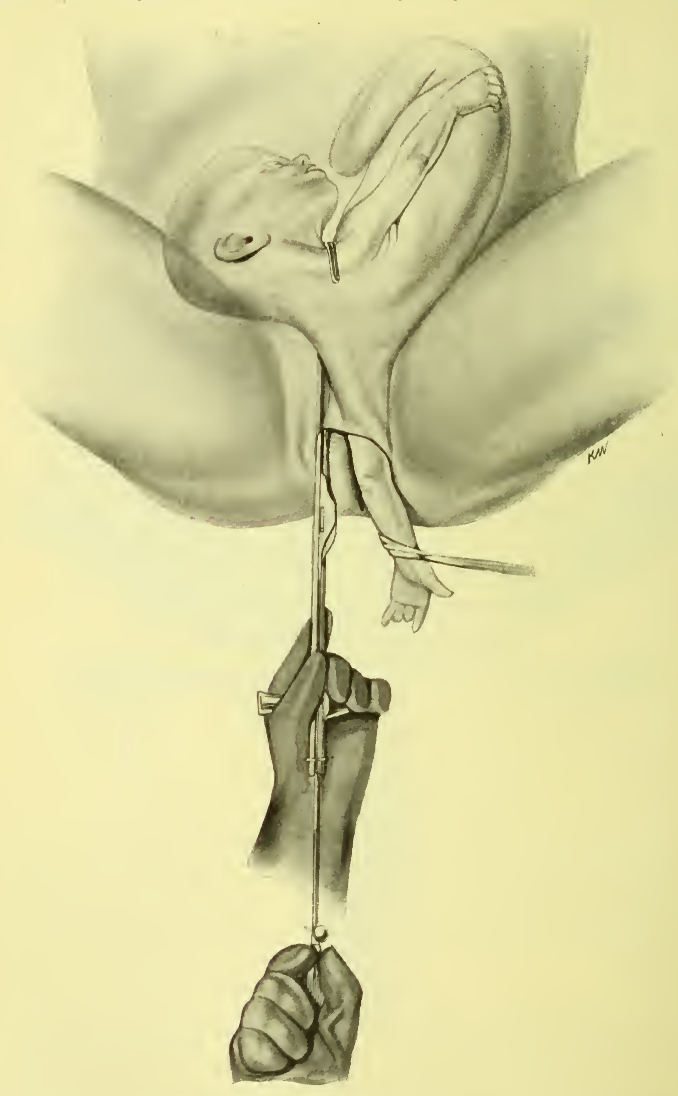


Fig. 142. — *Embryotomie à l'aide de l'instrument de Tarnier :* 2° on fait glisser la lame dans la rainure du crochet.

prises successives pour obtenir une section complète, qui, pour avoir

été obtenue moins rapidement, n'en atteint pas moins son but.



Fig. 143. — *Embryotomie à l'aide de l'instrument de Tarnier :* 3° section du cou.

Plaçons donc d'abord le crochet de l'embryotome (fig. 141),

exactement comme nous avons appris à placer le crochet de Braun (Voy. p. 203); puis glissons le couteau, recouvert de son protecteur, dans la rainure du crochet, jusqu'à ce que son extrémité bute contre



Fig. 144. — *Évolution forcée* après éviscération.

le cou. Assurons-nous par un toucher manuel attentif que le cou est bien saisi, et seul saisi, puis fixons en place le couteau, en abaissant l'anneau de l'écrou à ressort (fig. 142). Ceci fait, nous mettrons à nu la lame tranchante en tirant sur la tige du protecteur

La main gauche tenant solidement le manche de l'instrument, la main droite fait tourner la poignée du couteau comme celle d'un lithotriteur; ce mouvement détermine l'ascension de la lame, qui attaque, de bas en haut, les tissus cervicaux (fig. 143). Quand le coûteau est arrivé au bout de sa course, on retire l'instrument, que retient parfois un lambeau de peau; quelques tractions, deux ou trois tours imprimés à l'embryotome, rompent aisément ce léger obstacle. La main va contrôler le travail accompli ; puis, s'il est nécessaire, on réapplique l'instrument sur la partie du cou non encore sectionnée, et on recommencera l'opération deux fois, trois fois et plus s'il le faut. Finalement, la décollation est faite, et on procède à l'extraction du fœtus (Voy. p. 294).

Troisième cas : le cou n'est pas accessible. — Cette hypothèse, très fâcheuse, — car alors toute intervention devient atypique et laborieuse, — se trouve réalisée dans des conditions cliniques très diverses, ce qui nous oblige à envisager plusieurs cas.

A. ***Le corps du fœtus remplit l'excavation pelvienne.*** — Le travail dure depuis longtemps; l'épaule s'est engagée dans la mesure du possible; une grande partie du corps distend le segment inférieur qu'un rien ferait éclater ; la tête est au-dessus de l'anneau de Bandl rétracté.

En général, en pareil cas, le fœtus présente, comme parties accessibles au toucher, le ventre ou l'un des flancs. Il ne peut être question de pratiquer la décollation ; la détroncation serait aussi laborieuse que dangereuse pour le segment inférieur. Mieux vaut opérer comme il suit :

α. On pratique d'abord la brachiotomie du bras procident, afin de se donner de la place.

β. On rend le foetus malléable grace a l'éviscération : un aide immobilisant, par l'abdomen, l'utérus et son contenu, on pratique, à l'aide des ciseaux de Dubois, une large brèche au niveau de la région la plus accessible, abdomen ou thorax ; par cette brèche, rès aisée à créer, quand il n'y a que les parties molles à couper, un peu plus laborieuse lorsqu'il faut sectionner les côtes, mais d'exécuion toujours possible, on introduit les doigts dans la cavité que l'on vient d'ouvrir, et l'on arrache un à un tous les viscères : si l'on pénètre par le thorax, c'est le cœur et les poumons que l'on retire tout d'abord ; puis les doigts effondrent, non sans quelque peine, et parfois en appelant les ciseaux à leur aide, le diaphragme, et l'on arrache le foie et les intestins. Si la brèche a porté sur l'abdomen, l'éviscération se fait de la même manière, mais en suivant un ordre inverse. Quand le tronc est ainsi vidé de son contenu, le fœtus a

acquis une grande malléabilité, que nous augmenterons encore, si possible, en sectionnant la colonne vertébrale en un point quelconque de sa région dorso-lombaire.

γ. Le fœtus éviscéré est alors extrait par évolution forcée. — On ne fait, en somme, pas autre chose que de terminer, mais sans danger pour la mère, l'évolution que la nature avait spontanément tentée.

Saisissons donc, soit avec le crochet, soit mieux encore avec le cranioclaste, ou toute pince à os solide et puissante, la partie du tronc fœtal qui répond au siège, et tirons (fig. 144) : le pelvis est ainsi amené à la vulve, et le fœtus, verticalisé, est désormais extrait sans peine, la tête sortant en dernier lieu comme au cours de toute extraction podalique.

Quand, ce qui est exceptionnel, c'est le dos du fœtus qui est le plus accessible au toucher, on commence par couper, avec les ciseaux de Dubois, la colonne vertébrale au point que l'on atteint le plus facilement ; puis, cette *spondylotomie* faite, on passe à l'éviscération, et on termine, comme il vient d'être dit, par évolution forcée.

B. ***L'excavation est vide ; tout le corps du fœtus est au-dessus de l'anneau de Bandl.*** — Ce cas est très rare. La rétraction de l'anneau rend les manœuvres particulièrement difficiles, mais elles sont peu dangereuses, le fœtus occupant le corps utérin épais, richement musclé et non plus le fragile segment inférieur.

α. On tentera tout d'abord de rendre le cou accessible, en déplaçant le fœtus par des manœuvres mixtes (internes et externes) ; si l'on y arrive, on fixe le cou avec le crochet de Braun, et on le sectionne aux ciseaux de Dubois (Voy. p. 296), ou mieux encore avec l'embryotome de Tarnier (Voy. p. 296).

β. Si le fœtus ne peut être déplacé, on pratique la détroncation : c'est une embryotomie rachidienne qui, au lieu de porter sur le cou, porte sur le tronc ; toute la difficulté provient du grand volume de ce dernier ; contrairement au cou, le tronc est toujours difficile à bien saisir et toujours long à sectionner. On fixe le fœtus du mieux possible, en l'immobilisant au travers de l'abdomen et en jetant un crochet de Braun que l'on s'efforce de faire pénétrer dans le corps à la façon d'un harpon. Ceci fait, il faut sectionner le rachis, avec les ciseaux de Dubois, soit primitivement si le dos regarde en bas, soit après ouverture de l'abdomen et éviscération s'il regarde en haut. Ensuite, on poursuit méthodiquement la section de tous les téguments : peau, muscles, gril costal. Finalement, et ceci a demandé beaucoup de temps, le fœtus est réduit en deux tronçons,

que l'on extrait tour à tour, en les saissisant avec le cranioclaste et en commençant par le tronçon pelvien.

C. ***Trois membres fœtaux, quelquefois les quatre, pendent dans l'excavation pelvienne.*** — Une telle disposition, qui ne saurait être primitive, se rencontre quand des *tentatives infructueuses de version podalique* n'ont réussi qu'à abaisser les bras à la vulve, sans pouvoir faire remonter la tête et verticaliser le fœtus. Il faut alors :

1° Se débarrasser du ou des bras, par *brachiotomie* ;

2° *Éviscérer* le fœtus pour le rendre malléable ;

3° *Terminer alors la version*, que l'éviscération, complétée au besoin par la section du rachis, aura rendue facile et non dangereuse.

Telles sont les différentes méthodes d'embryotomie rachidienne ; contrairement au principe que nous nous sommes toujours imposé, il nous a été impossible de nous en tenir à la description d'un seul procédé, car la diversité des cas cliniques nous met dans l'obligation d'user d'instruments multiples et de suivre des méthodes appropriées à chaque occurrence.

EXCÈS DE VOLUME DU FŒTUS.

On peut se trouver en présence de deux ordres de faits bien différents : ou bien il y a excès de volume total du fœtus, ou bien excès de volume partiel, limité à la tête, au tronc ou au siège.

§ 1. — CONDUITE A TENIR EN CAS D'EXCÈS DE VOLUME TOTAL.

I. — Pendant la grossesse.

C'est là une indication très nette d'*accouchement prématuré provoqué* (Voy. p. 191) ; on aura d'autant plus volontiers recours à cette intervention qu'il s'agit très habituellement de multipares, et que, chez ces femmes, elle donne d'excellents résultats. On interviendra quand le palper mensurateur indiquera que la tête a tendance à déborder au-dessus du pubis.

II. — Pendant le travail.

Parfois la dystocie ne porte que sur l'accouchement de la tête, ou que sur l'accouchement des épaules ; dans d'autres cas, toute la sortie de l'enfant est laborieuse.

A. **Accouchement de la tête.** — Si l'enfant est mort, on pratique d'emblée la *basiotripsie* (Voy. p. 241); s'il est vivant, on tente d'abord une *application de forceps*, habituellement très laborieuse, et en cas d'échec on termine par embryotomie.

B. **Accouchement des épaules.** — Deux cas peuvent se présenter suivant que la tête est ou n'est pas dégagée hors des voies génitales.

Premier cas : la tête est hors des voies génitales ; les épaules sont retenues dans l'excavation. — α. La femme étant en POSITION OBSTÉTRICALE, les cuisses hyperfléchies vers l'abdomen, on exerce sur la tête des tractions dirigées aussi fortement *en bas et en arrière* que possible, pendant qu'un aide pratique l'expression abdominale (Voy. p. 119). Si l'on ne réussit pas ainsi à abaisser l'épaule antérieure, il faudra faire :

β. LA MANŒUVRE DE JACQUEMIER. — Elle consiste : 1° à élever, le plus possible, la tête vers le pubis, de façon à refouler l'épaule antérieure ; 2° à glisser la main qui regarde le dos du fœtus, en arrière, dans l'excavation sacrée, pour aller saisir, au niveau de son coude, le bras postérieur, et l'amener à la vulve ; 3° si, malgré cela, l'extraction reste impossible, on recommence la même manœuvre sur le bras antérieur.

γ. Si cette manœuvre échoue, on aura recours aux OPÉRATIONS MUTILATRICES, comme dans le cas que nous allons maintenant étudier.

Second cas : la tête est dans l'excavation ; les épaules sont retenues au détroit supérieur. — Le diagnostic de la cause de la dystocie étant soigneusement établi, on commence par une *application de forceps*, aidée d'une forte expression abdominale. Si l'on ne réussit pas à dégager la tête, on la broie à l'aide du *basiotribe*; cet instrument va nous fournir une prise très solide grâce à laquelle on réussira généralement à dégager la tête hors de la vulve, en élongeant, d'ailleurs, fortement le cou. Pour engager les épaules, on essaiera :

1° *De les orienter* en transverse, si le bassin est plat, ou en oblique s'il est généralement rétréci, soit par l'intermédiaire de la tête, soit en agissant directement sur le diamètre bisacromial ;

2° *D'abaisser les bras*, au besoin en les fracturant, ce qui, désormais, importe peu ; si les mains ne réussissent pas à les atteindre, on jettera un *crochet mousse* dans l'aisselle ;

3° *De réduire le volume du diamètre bisacromial*, en cas d'échec des manœuvres antérieures, grâce à une embryotomie partielle, locale, qui peut être la *cléidotomie* ou la *sus-acromiotomie*.

a. La *cléidotomie* consiste à couper, avec de très forts ciseaux, ceux

de Dubois par exemple (fig. 133), la clavicule postérieure, puis, l'antérieure, s'il en est besoin ; ceci fait, on extrait le fœtus *en lui imprimant un mouvement de spire* ;

b. La *sus-acromiotomie* consiste à sectionner, avec les ciseaux de Dubois, tous les tissus mous de la région sus-claviculaire de l'épaule postérieure, puis de l'antérieure ; de fortes tractions sont ensuite dirigées de haut en bas.

4° *En cas d'échec* des manœuvres précédentes, *on sectionne le cou* du fœtus ; on s'efforce d'*éviscérer le tronc* (Voy. p. 303) par la partie supérieure du thorax, que l'on saisit ensuite solidement à l'aide du cranioclaste (fig. 120) ; ou bien encore on enlève la tête et le cou, grâce à une *incision en V*, dont les branches passent au travers du massif des épaules, et dont la pointe correspond au tiers supérieur du sternum environ ; ceci fait, on abaisse les bras, et on exerce sur ceux-ci des tractions que l'on peut aider, en jetant, comme tout à l'heure, le cranioclaste sur le tronc.

Le fœtus extrait, *on revisera avec grand soin les voies génitales*, pour s'assurer qu'il n'y a pas de déchirures de l'utérus ou du vagin (Voy. p. 334).

§ 2. — CONDUITE A TENIR EN CAS D'EXCÈS DE VOLUME PARTIEL.

I. — Excès de volume de la tête : hydrocéphalie.

Dans les très rares cas où l'on aura été assez heureux pour établir le diagnostic d'hydrocéphalie pendant la grossesse, il faudra *aussitôt provoquer l'accouchement* (Voy. p. 191). Très habituellement, on ne reconnaît cette malformation qu'au cours du travail. La conduite, *qui consiste à toujours sacrifier ce fœtus non viable*, diffère dans son exécution suivant le mode de présentation.

A. **Présentation du sommet.** — On attend que la dilatation soit complète ; toutefois, s'il y avait, du fait de l'anormale élongation du segment inférieur, menace de rupture utérine, il faudrait, sans plus tarder, perforer la tête (fig. 145), qui, après s'être vidée, pourrait s'engager. Le col étant complètement dilaté, cette même *perforation* (Voy. p. 242) est faite au milieu d'une fontanelle, ou mieux encore en plein pariétal, puis, sur ce crâne vidé, *on applique le cranioclaste* (Voy. p. 268). Si l'on n'avait pas cet instrument sous la main, au lieu d'appliquer le forceps qui déraperait presque certainement, mieux vaudrait pratiquer, une fois le crâne bien vidé, et de ce fait parfaitement malléable, la version podalique (Voy. p. 277).

B. **Présentation du siège.** — La dilatation étant complète, on

extrait le tronc comme à l'ordinaire (Voy. p. 149), puis, se gardant soigneusement de sectionner le cou, *on perfore la tête dernière* (Voy.

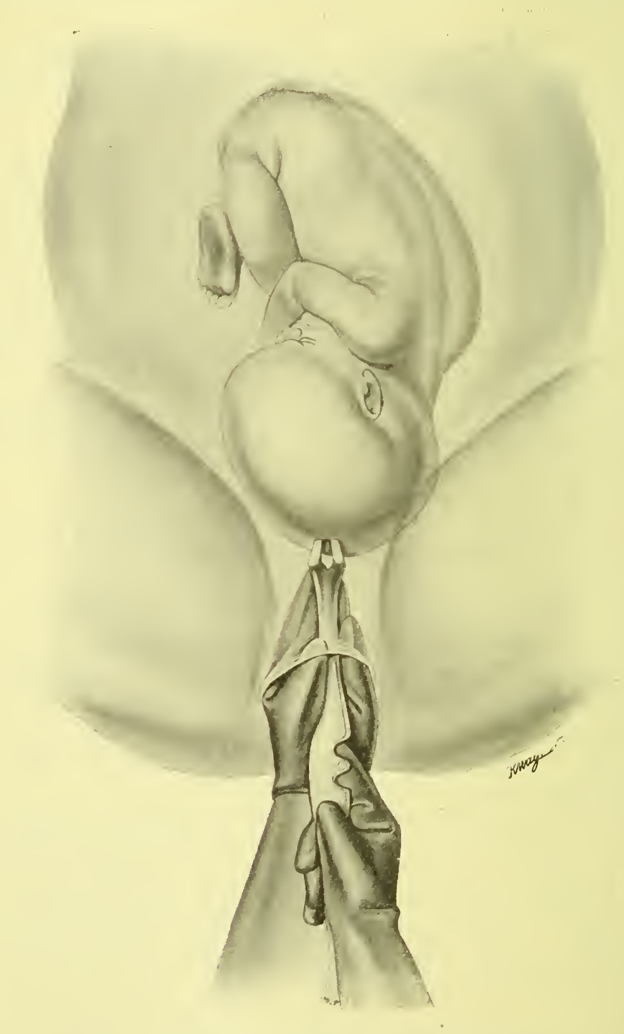


Fig. 145. — *Hydrocéphalie :* perforation de la tête première.

p. 203) au niveau de la nuque ou de la région latérale antérieure (fig. 146); la manœuvre de Mauriceau permet, alors, la facile

extraction de cette tête vidée et très malléable. Si, pour une cause quelconque, on se trouvait dans l'impossibilité d'atteindre la tête, on pourrait encore évacuer le liquide céphalo-rachidien, grâce à la *manœuvre de Van Huevel* : incisons transversalement les parties molles sur la ligne médiane du dos, au niveau de la région thora-

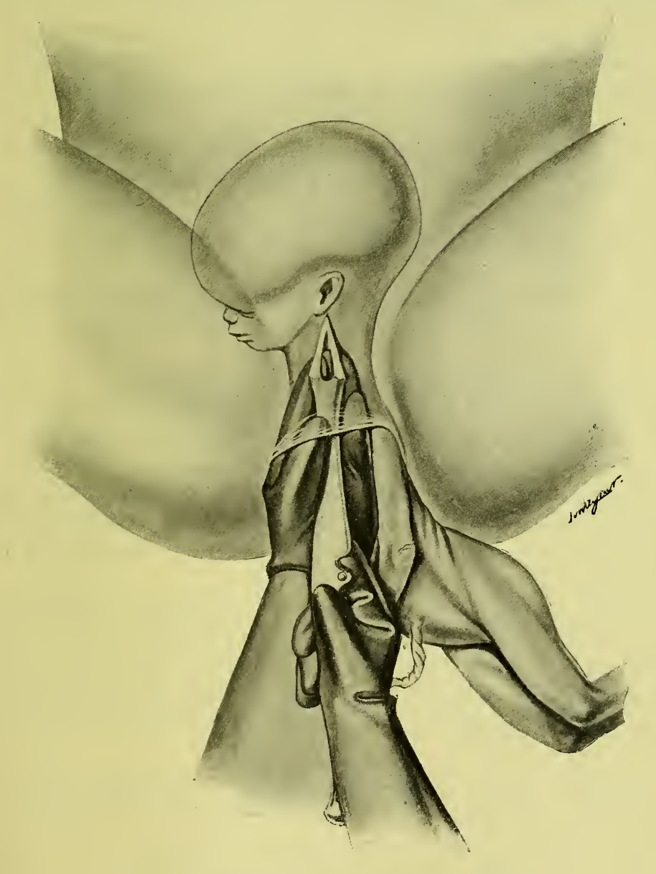


Fig. 146. — *Hydrocéphalie :* perforation de la tête dernière.

cique du rachis ; ouvrons le canal rachidien, et glissons-y, de bas en haut, une sonde montée sur un mandrin, jusque dans la cavité crânienne ; par cette sonde, le crâne se vide, et il lui sera, ensuite, facile de se mouler au travers de la filière pelvienne. *Si, par mégarde, le cou a été arraché*, la tête restée seule dans l'utérus sera

extraite, comme il a déjà été dit (Voy. p. 208), *par perforation et cranioclasie*.

II. — Excès de volume du tronc par tumeurs.

Le fœtus doit être toujours considéré comme *non viable* ; il ne faut pas craindre de le mutiler et ne jamais entreprendre, en pareil cas, une opération capable de faire courir le moindre risque à la mère. Que l'enfant vienne par la tête ou par le siège, la conduite sera la même. On commence :

1° *Par ponctionner l'abdomen*, ce qui suffira quand il s'agit d'une tumeur liquide (ascite, distension énorme de la vessie, etc.);

2° *Par éviscérer le tronc* (Voy. p. 303) en cas de tumeur que la ponction n'a pu vider (reins polykystiques par exemple).

III. — Excès de volume du siège par tumeur sacro-coccygienne.

Trois cas peuvent se présenter.

A. C'est la tête qui se présente. — Si, par hasard, la tumeur empêchait l'extraction du siège, on la ponctionnerait, ou même on la morcellerait aux ciseaux.

B. C'est le siège qui se présente. — C'est en pareil cas qu'il y a dystocie; on introduit la main profondément, pour essayer d'abaisser la tumeur et la faire sortir avant le siège ; en cas d'échec, on la ponctionne ou on la morcelle.

C. C'est la tumeur qui se présente. — Si elle ne se dégage pas spontanément, on la saisit soit à l'aide du forceps, soit au moyen de pinces de Museux ou de pinces à kyste ; au besoin, on en réduit le volume par ponction ou morcellement ; puis on va à la recherche des pieds, que l'on abaisse pour extraire le fœtus par traction podalique (Voy. p. 149).

Si l'enfant survit, il faut *pratiquer l'exérèse de cette tumeur très rapidement, surtout si elle a été traumatisée lors de l'accouchement.*

PROCIDENCE DES MEMBRES.

Beaucoup de procidences *se réduisent spontanément* ; il n'y a pas lieu de se presser, tant que le travail marche régulièrement et que l'enfant ne souffre pas.

La dilatation étant complète, la conduite varie suivant la présentation.

A. **Présentation de la tête.** — α. Le bras est procident. — Essayons de le refouler doucement dans l'utérus, puis appliquons le forceps ou terminons par version podalique (Voy. p. 277); si l'on échoue, jetons un lacs sur le poignet et faisons la version.

β. La jambe est procidente. — Le mieux est d'exercer sur elle des tractions et de terminer ainsi la version podalique que la nature semblait ébaucher.

B. **Présentation du siège.** — Le bras procident sera armé d'un lacs, puis on procédera, de suite, à l'extraction podalique (Voy. p. 149).

C. **Présentation de l'épaule.** — *La jambe est procidente*; c'est l'ébauche toute naturelle de la version podalique qu'il n'y a qu'à terminer.

Si, dans ces différents cas, la fœtus est mort et l'utérus rétracté, il faut l'extraire par embryotomie céphalique (Voy. p. 241) ou rachidienne (Voy. p. 287), en sectionnant, au besoin, le membre procident, s'il semble devoir gêner cette intervention.

ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE.

Habituellement, l'accouchement gémellaire se passe très facilement, et ceci en raison du petit volume des enfants; il n'en est cependant pas toujours ainsi; il nous faut donc envisager tour à tour la conduite à tenir en cas d'accouchement gémellaire eutocique, puis dystocique.

I. — Accouchement gémellaire eutocique.

Le travail comprend quatre phases : l'accouchement du premier enfant; l'intervalle de temps qui sépare la sortie du premier enfant de la sortie du second; l'accouchement du second enfant; enfin la délivrance.

A. **Accouchement du premier enfant.** — La conduite à tenir ne diffère pas de celle que l'on suit au cours de tout accouchement normal (Voy. p. 85). Si, ce qui n'est pas exceptionnel, il y a tendance à l'inertie utérine, on aura recours aux moyens usités en pareil cas (Voy. p. 115). La dilatation étant complète, on fait pousser la femme, et on assiste au dégagement généralement facile de la première tête, soit en occipito-pubienne, soit en occipito-sacrée, qu'il est inutile, vu le petit volume de la tête, de réduire en antérieure. L'application du forceps (Voy. p. 120) reconnaîtrait les indications habituelles. Si le premier enfant vient par le siège, sa sortie est sur-

veillée ou aidée, s'il le faut, comme en tout autre cas de présentation pelvienne (Voy. p. 108). Le premier fœtus étant extrait, on sectionne le cordon *entre deux ligatures.*

B. **Intervalle séparant les deux accouchements.** — Dès que le premier accouchement est terminé, *on s'assure de la présentation du second enfant.* Cette présentation est-elle transversale (épaule) ? Il faut, séance tenante, extraire ce dernier jumeau par version podalique (Voy. p. 277) ; est-elle longitudinale (tête ou siège), *il faut attendre le retour de nouvelles contractions utérines* ; une trop brusque évacuation de la matrice exposerait, en effet, à une hémorragie par inertie utérine, lors de la délivrance. Cette attente sera, suivant les cas, de dix à trente minutes.

Si les contractions ne réapparaissaient pas spontanément, ou s'il survenait quelque complication (souffrance du fœtus ou de la mère), on romprait sans plus tarder la seconde poche des eaux, pour procéder immédiatement à l'extraction du second enfant par forceps ou par version.

C. **Accouchement du second enfant.** — Cet accouchement, qui se trouve réduit à la période d'expulsion, est très généralement *particulièrement rapide et facile* ; qu'il s'agisse d'une présentation céphalique ou d'une présentation pelvienne, on se bornera à empêcher ce fœtus de sortir trop brusquement. Si, par extraordinaire, le dégagement ne s'opérait pas spontanément, on aurait recours, suivant les cas, au forceps ou à l'extraction podalique.

D. **Délivrance.** — *C'est là, bien plus que la sortie du fœtus, ce qui constitue le point délicat de l'accouchement gémellaire : les hémorragies sont fréquentes, en effet, et fréquente également est la rétention des membranes.* Très généralement, la délivrance, qu'il y ait une seule masse placentaire ou deux placentas distincts, ne se fait qu'après l'expulsion du second enfant. A titre exceptionnel cependant, le premier placenta a pu se détacher et être expulsé après la sortie du jumeau correspondant. Quoi qu'il en soit, il importe *de ne pas se presser*, de bien laisser l'utérus opérer sa rétraction, en l'aidant au besoin par le massage abdominal (Voy. p. 353), puis se contracter à nouveau; on surveillera avec grand soin et l'état de l'utérus et l'état général de la mère ; au moindre signe d'hémorragie, il faudra hâter l'expulsion du délivre, soit par l'expression abdominale (Voy. p. 354), soit par la délivrance artificielle (Voy. p. 354). En dehors de cette redoutable complication, on surveillera, comme à l'ordinaire, la sortie de l'œuf ou des deux œufs (Voy. p. 348), et on inspectera avec un soin tout spécial l'arrière-faix; s'il est incomplet, il ne faut pas hésiter à mettre la main dans

l'utérus pour en retirer aussitôt cotylédons placentaires, membranes et caillots. Pendant les heures suivantes, il ne faudra pas perdre de vue la femme : nous le répétons, tout le danger de l'accouchement gémellaire réside dans la possibilité de l'hémorragie de la délivrance. Celle-ci, si elle se produit, sera traitée par les moyens habituels (Voy. p. 360).

II. — Accouchement gémellaire dystocique.

Il peut s'agir soit d'une dystocie commune à tout accouchement : présentation de l'épaule, procidence du cordon, *placenta prævia*, etc., et pour laquelle nous renvoyons le lecteur aux différents chapitres qui s'y rapportent; soit d'une dystocie appartenant en propre à la couche gémellaire et qui, seule, va nous intéresser ici : elle consiste en l'*engagement simultané des deux fœtus* ; c'est là, il faut bien le dire, un cas exceptionnel, mais aussi particulièrement intéressant.

A. **Principes généraux qui dictent la conduite à tenir dans la dystocie gémellaire.** — 1° Le pronostic fœtal étant toujours extrêmement réservé en pareil cas, *il faut se préoccuper avant tout de l'intérêt de la mère* et ne jamais entreprendre une intervention sanglante de nature à lui faire courir quelque risque;

2° En cas d'engagement simultané des deux fœtus, *c'est le premier qui est toujours le plus compromis* ; c'est donc sur lui qu'on fera porter de préférence les opérations mutilatrices ;

3° *Il ne faut jamais, en aucun cas, tenter l'engagement puis l'extraction simultanés des deux fœtus*, mais toujours les extraire l'un après l'autre.

B. **Principaux cas qui peuvent se présenter.** — 1° Les deux têtes sont engagées dans l'excavation. — On tentera d'abord de *refouler, au-dessus du détroit supérieur, la plus mobile*, comme on refoulerait un fibrome (Voy. p. 259) ; puis on appliquera le forceps sur l'autre tête. En cas d'échec, on broie l'une des deux têtes et on extrait la seconde au forceps (fig. 147).

2° Une tête est hors de la vulve, la seconde dans l'excavation. — Si l'on ne peut pas, par des tractions soutenues, finir d'extraire l'accouchement du premier enfant, on lui sectionne le cou ; on extrait alors le second enfant à l'aide du forceps, et on termine par l'extraction du tronc du premier, en allant chercher les pieds.

3° La tête du premier enfant, venu par le siège, est arrêtée dans l'excavation par la tête du second, se présentant par le sommet. — Après échec de la manœuvre de Mauriceau, on perfore la tête de l'enfant venu par le siège, on en sectionne le cou; puis, ayant extrait

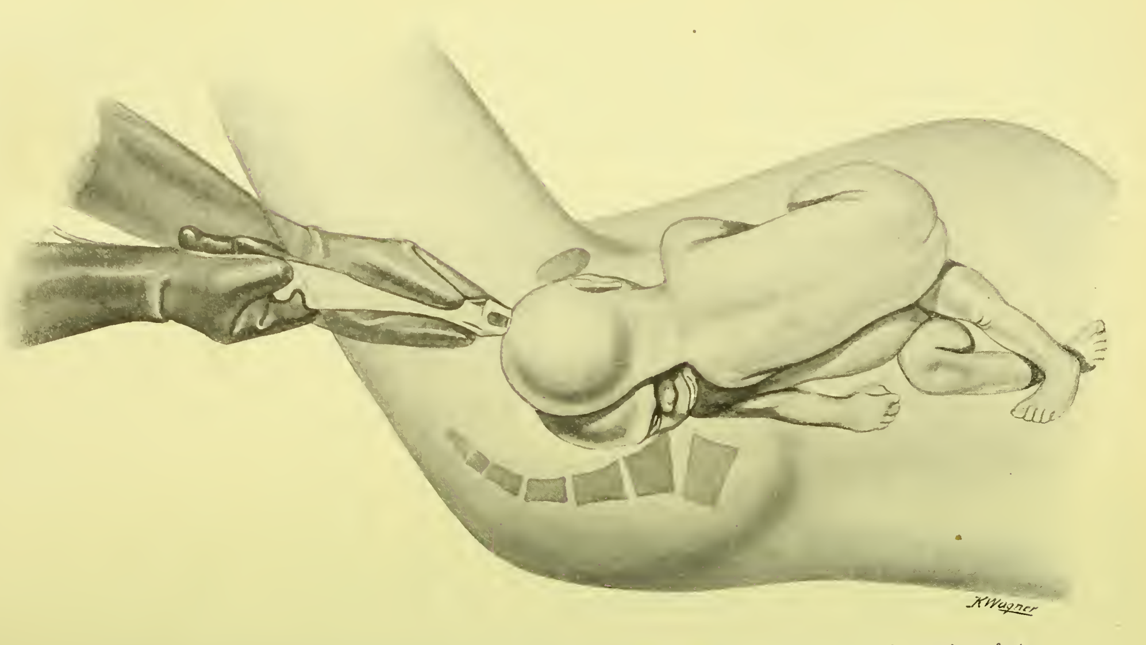


Fig. 147. — *Accouchement gémellaire* : enclavement des deux têtes premières ; perforation sur le premier enfant.

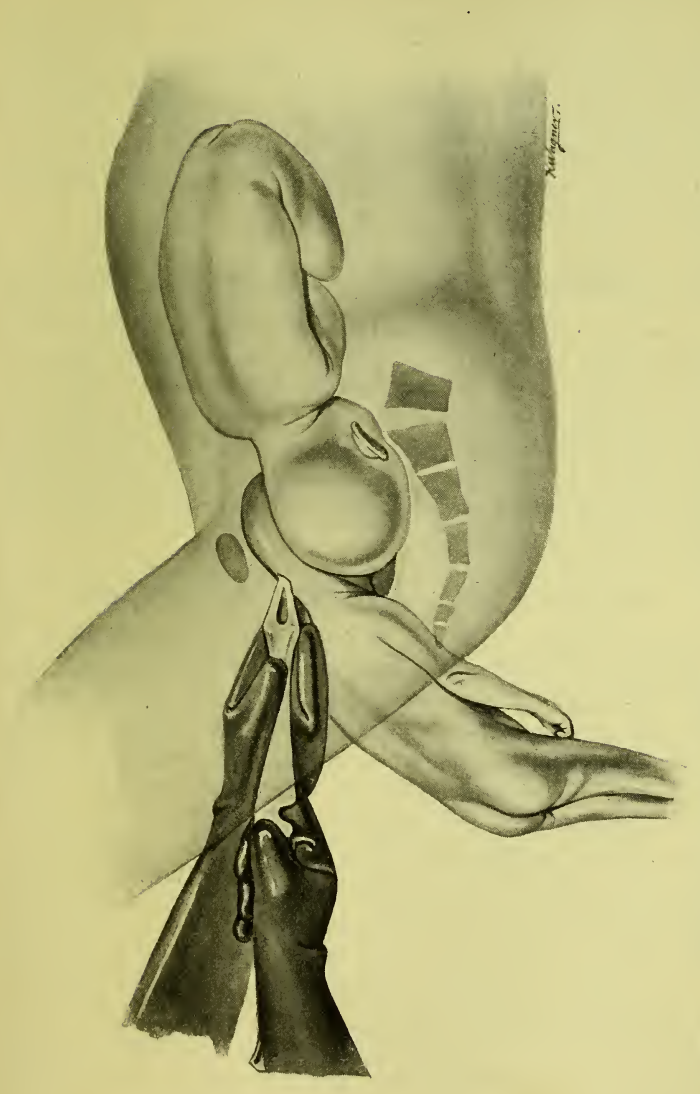


Fig. 148. — *Accouchement gémellaire* : enclavement d'une tête dernière et d'une tête première ; perforation sur le premier enfant.

le second fœtus, on retire la tête du premier, restée seule dans les voies génitales (fig. 148).

4° Les deux enfants viennent par le siège; les quatre membres inférieurs pendent a la vulve. — Ne tirons jamais sur les membres des deux fœtus simultanément, mais, relevant le plus possible vers la symphyse le fœtus antérieur, efforçons-nous d'extraire d'abord le fœtus postérieur, soit à l'aide du forceps sur la tête dernière (Voy. p. 157), soit en pratiquant la perforation (Voy. p. 203); dégageons ensuite l'autre fœtus.

II. — DYSTOCIE TENANT AUX ANNEXES DU FŒTUS.

Parmi les annexes ovulaires, les membranes ne donnent lieu à aucune cause de dystocie sérieuse; il n'en est pas de même du placenta, qui, du fait de son insertion basse, trouble singulièrement, en dehors même de l'hémorragie qui en résulte, le mécanisme de l'accouchement; mais cette question a déjà été complètement traitée (Voy. p. 59). Nous n'aurons donc qu'à nous occuper de la *dystocie dépendant du cordon ombilical* et particulièrement de sa brièveté et de sa procidence.

CONDUITE A TENIR DANS LA BRIÈVETÉ DU CORDON.

Toute la difficulté provient de ce que le diagnostic de la nature de la dystocie n'est généralement pas fait; on constate simplement que la présentation reste élevée, malgré les contractions utérines, et ce n'est qu'en raison de l'absence de tout autre obstacle (viciation pelvienne, tumeur, etc.) que l'on est conduit à penser qu'il s'agit d'un cas de brièveté du cordon. Il en résulte un certain vague dans la façon dont on doit intervenir.

A. **L'enfant se présente par la tête.** — Devant la non-descente de la présentation, on *applique le forceps* (Voy. p. 120), à la dilatation complète, et on renforce son action grâce à l'*expression utérine* (Voy. p. 119); dès que la tête est hors de la vulve, on regarde s'il n'y a pas de circulaires autour du cou, pour les dégager par-dessus la tête, ou par-dessus les épaules, s'ils sont lâches; pour sectionner la tige funiculaire entre deux pinces, s'ils sont serrés. Si, au moment où le tronc sort, on s'aperçoit que le cordon est rompu, on jette instantanément une pince sur le moignon ombilical, et on finit rapidement l'extraction.

B. **L'enfant se présente par le siège.** — L'engagement ne se faisant pas, ou du moins ne s'achevant pas, on recourt à l'ex-

traction podalique (Voy. p. 149), en ayant bien soin, dans le cas où le fœtus serait à cheval sur son cordon, *de ne pas exercer de traction avant d'avoir dégagé la tige funiculaire* en la faisant glisser par-dessus la jambe antérieure, ou, si cette manœuvre est impossible, en la sectionnant entre deux pinces ; dans ce dernier cas, l'extraction du fœtus devra, dès lors, être menée aussi rapidement que possible. Si le cordon s'est rompu au cours de l'accouchement, on jette une pince sur le bout fœtal, dès que l'ombilic apparaît à la vulve, et on termine au plus vite.

C. **L'enfant se présente par l'épaule.** — La main introduite dans l'utérus dégage les circulaires, qui peuvent exister autour des membres ; puis, le fœtus étant verticalisé, on se comporte comme il vient d'être dit à propos de la présentation du siège.

CONDUITE A TENIR DANS LA PROCIDENCE DU CORDON.

La procidence du cordon ne prête à des considérations thérapeutiques intéressantes que *si l'enfant est encore vivant* ; si le fœtus est mort, peu importe en effet la situation du cordon, elle ne saurait gêner l'intervention que commandent par ailleurs les circonstances. L'enfant est-il encore vivant ? Il faut, à tout prix, empêcher une asphyxie par compression du cordon procident. Or les circonstances sont absolument différentes suivant que les membranes sont intactes ou rompues.

Premier cas : les membranes sont intactes. — Le danger de compression du cordon est réduit au minimum ; le mieux est donc d'attendre que la dilatation soit complète, au besoin en accélérant le travail (Voy. p. 115) s'il traîne, ou que le fœtus souffre, pour rompre à ce moment les membranes, et terminer l'accouchement comme il va être dit maintenant.

Deuxième cas : les membranes sont rompues. — La situation est alors très grave pour le fœtus, presque désespérée si la dilatation est peu avancée. Remarquons tout d'abord que l'état de l'enfant est trop précaire pour que l'on soit autorisé à pratiquer l'opération césarienne ; ce principe étant admis, on agira différemment suivant que la dilatation est complète ou non.

A. ***Si la dilatation est incomplète.*** — 1° *Toutes les fois qu'on est certain de pouvoir terminer extemporanément la dilatation*, on aura recours à l'*accouchement méthodiquement rapide* (Voy. p. 53) ; c'est ce que l'on fera chez une multipare à tissu souple, ayant une dilatation qui atteint déjà 4 à 5 centimètres ; il est bon, pendant cette opération, de faire maintenir la tête au-dessus du détroit supérieur par

un aide, de façon à l'empêcher de venir comprimer le cordon.

2° *Si l'accouchement rapide semble impossible,* ou dangereux pour la mère, ce qui serait le cas chez une primipare dont la dilatation serait presque nulle, *il faut essayer de réduire le cordon* dans l'utérus, soit avec les mains, soit en l'accrochant dans une anse de ruban, suspendue elle-même à un mandrin introduit dans une sonde de gomme (fig. 149). Cet instrument sera laissé en place dans l'utérus, pendant que l'on active la dilatation à l'aide d'un ballon de Champetier (Voy. p. 50) ou de l'écarteur de Tarnier (Voy.

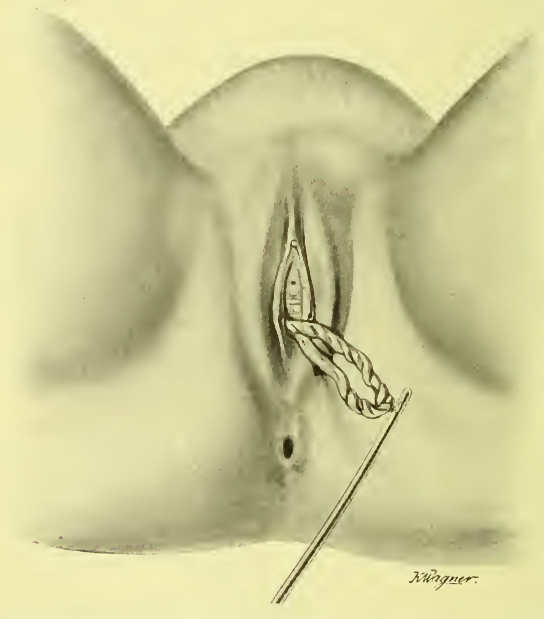
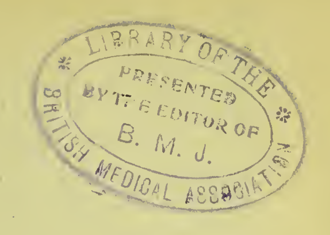


Fig. 149. — *Procidence du cordon :* réduction à l'aide d'une sonde et d'un mandrin.

p. 116). En cas d'échec, et si le fœtus est bien vivant, le mieux est de recourir à la *césarienne vaginale* (Voy. p. 177).

B. **La dilatation est complète.** — Il faut immédiatement terminer l'accouchement : *L'enfant vient-il par la tête?* On aura recours à la *version podalique* (Voy. p. 277), sauf le cas, rare d'ailleurs, où le sommet serait assez engagé pour ne pas pouvoir être repoussé ; il faudrait alors employer le forceps en faisant bien attention à ne pas pincer le cordon procident entre la cuiller et la tête. *Quand l'enfant vient par le siège*, on pratique l'extraction podalique ; *quand il vient par l'épaule*, la version par manœuvres internes.



CHAPITRE IV

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE DES ACCIDENTS SURVENUS AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

I. *Accidents infectieux au cours de l'accouchement :* Infection du liquide amniotique. Putréfaction fœtale. — Emphysème utérin.
II. *Accidents traumatiques au cours de l'accouchement :* Déchirures vulvaires. Déchirures périnéales : périnéorraphie immédiate; périnéorraphie immédiate secondaire. Déchirures vaginales. Déchirures cervicales. Ruptures utérines. Thrombus génitaux. Rupture de la symphyse pubienne.

On peut avoir à combattre : soit une *hémorragie*, nous avons étudié ce cas en traitant de l'insertion vicieuse du placenta (Voy. p. 46); soit des *accidents de nature infectieuse* (infection amniotique, *putréfaction* fœtale); soit des *accidents de nature traumatique* (déchirures génitales de toute sorte, rupture des symphyses).

I. — ACCIDENTS INFECTIEUX AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

I. — Infection du liquide amniotique.

Quand les membranes sont rompues depuis de longues heures, le liquide amniotique qui s'écoule à la vulve devient trouble, purulent et fétide; que la température s'élève, qu'un frisson se déclare, *il faut le plus rapidement possible évacuer l'utérus*. Mais la situation se présente sous un aspect très différent suivant que la dilatation est complète ou peu s'en faut, ou qu'elle est très incomplète.

Premier cas : la dilatation est complète ou presque complète. — Après avoir, s'il en est besoin, complété la dilatation manuellement (Voy. p. 53), on procède à l'extration du fœtus, soit par forceps (Voy. 120), ou par version (Voy. p. 277) s'il est vivant, soit par embryotomie (Voy. p. 241) s'il est mort; puis, après avoir fait dans l'intérieur même des membranes une injection iodo-iodurée (Voy. p. 388), on pratique, séance tenante, la délivrance artificielle (Voy. p. 354). Ceci fait, il est bon de faire un attouchement iodé intra-utérin (Voy. p. 390) et de placer un sac de glace sur le bas-ventre pendant

les deux ou trois premiers jours des couches. Pendant ce laps de temps, la femme recevra, deux ou trois fois par jour, une injection vaginale à l'eau oxygénée. Il faut redouter l'apparition des symptômes d'une infection puerpérale, qui serait traitée comme il sera dit ultérieurement (Voy. p. 390). Si le périnée a été déchiré, *on se gardera bien d'en tenter la restauration immédiate.* Il faut panser la plaie comme on panse toute escarre vulvo-vaginale (Voy. p. 386) : appliquer sur la vulve des compresses d'eau chloralée et pratiquer, quand tout œdème et tout risque d'infection auront disparu, soit vers le dixième jour, la périnéorraphie immédiate secondaire (Voy. p. 329).

L'enfant extrait d'un tel œuf sera nettoyé avec un soin particulier; les mucosités qui ont pu pénétrer dans les voies respiratoires seront minutieusement extraites (Voy. p. 93); il est bon également de pratiquer une entéroclyse et, si l'enfant avait avalé des glaires génitales, un lavage de l'estomac.

Deuxième cas : la dilatation est très incomplète. — Est-il possible, grâce à la souplesse des tissus, à la multiparité, de compléter extemporanément cette dilatation ? Le mieux est de recourir à l'*accouchement méthodiquement rapide* (Voy. p. 53), en se souvenant qu'il importe, ici, de procéder avec plus de douceur que jamais, de façon à ne pas créer de plaies cervicales par lesquelles l'infection intra-utérine gagnerait aisément le périmétrium. Cette dilatation rapide paraît-elle impossible, ou trop dangereuse, il faut se borner *à accélérer le travail* par la pose d'un gros ballon de Champetier (Voy. p. 50), à moins que l'on ne préfère pratiquer la *césarienne vaginale* (Voy. p. 177), l'enfant paraissant en parfait état.

II. — Putréfaction fœtale. — Emphysème utérin.

Dans certaines infections anaérobies, le liquide amniotique subit la putréfaction gazeuse; le fœtus ne tarde pas à succomber et se putréfie à son tour ; un degré de plus, et le parenchyme utérin subit la même infection ; il devient emphysémateux et crépite sous le doigt qui le palpe.

I. **Il y a physométrie et putréfaction fœtale, mais le muscle utérin semble intact.** — On se conduira comme nous venons de le dire en traitant de l'infection amniotique, dont la complication actuelle n'est, d'ailleurs, qu'un degré de plus, c'est-à-dire qu'on fera *le possible pour accélérer le travail*, soit par la pose d'un ballon, soit par la dilatation du col; il sera de bonne technique, quand on peut faire pénétrer facilement une sonde dans l'utérus, — ce qui est le cas, par exemple, quand l'enfant se présente par l'épaule, — de pratiquer, toutes les quatre heures, un *lavage intra-*

ovulaire avec 3 ou 4 litres d'eau oxygénée. Puis, la dilatation étant complète, on procède à l'extraction du fœtus. Cette extraction est souvent *très difficultueuse*, le fœtus putréfié étant augmenté de volume et ayant perdu la résistance habituelle de ses tissus; ce n'est souvent que par morceaux qu'on réussit à l'extraire, les membres s'arrachant au fur et à mesure qu'on exerce sur eux quelques tractions; le basiotribe (Voy. 241), le cranioclaste (Voy. p. 267), les embryotomes divers (Voy. p. 287), les crochets mousses (Voy. p. 288), maniés avec prudence, permettront cependant de mener à bien cette intervention. Sitôt l'enfant extrait, on pratique la délivrance artificielle (Voy. p. 354), et on vérifie très soigneusement l'utérus pour s'assurer qu'il n'a pas été déchiré; dans ce cas, il faudrait en faire immédiatement l'ablation (Voy. p. 337). Sinon, on se comporte comme il vient d'être dit plus haut.

II. **Il y a emphysème utérin.** — Le mieux, toutes les fois qu'on le peut, est de se débarrasser, sans plus attendre, de l'utérus pour essayer de prévenir la diffusion de l'infection dont il est le siège.

α. ***Si la dilatation est assez avancée***, on extrait le fœtus et l'arrière-faix par voies basses; puis on pratique, sitôt après, l'*hystérectomie abdominale totale* (Voy. *Gynéc.*).

β. ***Si la dilatation est très peu prononcée***, si le col, œdématié, résiste aux manœuvres qui tentent de le dilater, *mieux vaut enlever la totalité de l'œuf et de l'utérus par voie haute.* Suturons donc les deux lèvres du col à l'aide de quatre ou cinq gros fils de catgut, puis ayant ainsi obstrué, tant bien que mal, l'orifice utérin, pratiquons une incision abdominale longue de 30 centimètres. L'utérus est extériorisé, et le péritoine protégé comme nous l'avons dit en étudiant la technique de la césarienne (Voy. p. 212). On extrait l'enfant par hystérotomie, et on termine par l'hystérectomie abdominale totale, en se conformant aux règles habituelles de la *césarienne mutilatrice* (Voy. p. 223). On aura soin de *drainer* la cavité péritonéale.

II. — ACCIDENTS TRAUMATIQUES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT.

DÉCHIRURES VULVAIRES.

Dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas à se préoccuper de ces lésions ; la cicatrisation s'opère spontanément et rapidement, si l'on a soin d'en assurer l'asepsie. Cette règle souffre cependant deux exceptions :

1° *Quand la déchirure, assez étendue, détache, par exemple, la presque totalité d'une petite lèvre*; en pareil cas, le mieux est de réunir

cette plaie à l'aide de quelques points séparés au catgut n° 1.

2° *Quand la déchirure est cause d'une hémorragie.* — Ceci n'existe que si la lésion siège *dans la partie supérieure de la vulve, au niveau de la région clitoridienne.* Si le suintement sanguin, souvent très abondant, ne s'arrête pas spontanément sous l'action d'un tamponnement momentané, il faut, sans essayer de placer des pinces à forcipressure qui ne réussiraient qu'à dilacérer les tissus, rapprocher *à l'aide d'un surjet de fin catgut* (n° 6) les lèvres de la plaie, au besoin en plusieurs plans, formant ainsi une sorte de *capitonnage* qui arrêtera sûrement l'hémorragie.

DÉCHIRURES PÉRINÉALES.

Le traitement des lésions périnéales doit être, avant tout, *prophylactique* ; on le réalise donc en se conformant aux règles que nous avons tracées en étudiant la conduite à tenir au cours de l'accouchement naturel ou artificiel. Si, malgré les précautions prises, quelque déchirure se produit, il faut tout d'abord se demander s'il est opportun de la réparer, et, dans le cas où l'on conclut par l'affirmative, si cette réparation doit être faite immédiatement, ou au bout de quelques jours, ou enfin beaucoup plus tard ; d'où, en réalité, quatre méthodes différentes, ayant chacune leurs indications :

1° L'abstention est de mise quand il s'agit d'une *lésion insignifiante*, n'intéressant que la fourchette, la peau de la région périnéale, et laissant intact le corps musculaire de la région. En pareil cas, le mieux est de désinfecter soigneusement, à l'eau chaude, au savon, à l'eau oxygénée, toute la zone génitale, d'attoucher à l'iode les parties ouvertes, puis de réunir les deux jambes que l'on maintient au contact à l'aide d'une serviette pliée en foulard, appliquée au niveau des genoux ; on prolonge ce moyen de contention pendant quatre à cinq jours, et on s'abstient de toute injection vaginale pendant ce temps ; la cicatrisation s'opère seule et parfaitement.

2° La périnéorraphie immédiate, exécutée tout de suite *après la délivrance*, est l'opération qui correspond au plus grand nombre de cas ; on y aura recours *toutes les fois que le plancher musculaire pelvien est intéressé* et qu'il n'y a *ni œdème vulvo-périnéal, ni infection amniotique* : dans ces conditions, en effet, on irait à un échec presque certain, et mieux vaut s'abstenir, en ce moment, pour agir plus tard. Bornons-nous, alors, à panser les plaies génitales comme il sera dit à propos de l'infection puerpérale (Voy. p. 386).

3° La périnéorraphie immédiate secondaire se pratique du dixième au quinzième jour après l'accouchement ; elle reconnaît deux indications précises :

a. Les *contre-indications à la périnéorraphie immédiate*, que nous venons d'indiquer : œdème notable de la région, gonflement ecchymotique, infection amniotique ; dans ce cas, on commence par mettre en état les tissus (Voy p. 387); puis on opère quand leur aspect est satisfaisant et que tout danger d'infection est passé.

b. L'*échec de la périnéorraphie immédiate* : quand, pour une cause quelconque, très généralement l'infection, les sutures placées sitôt après

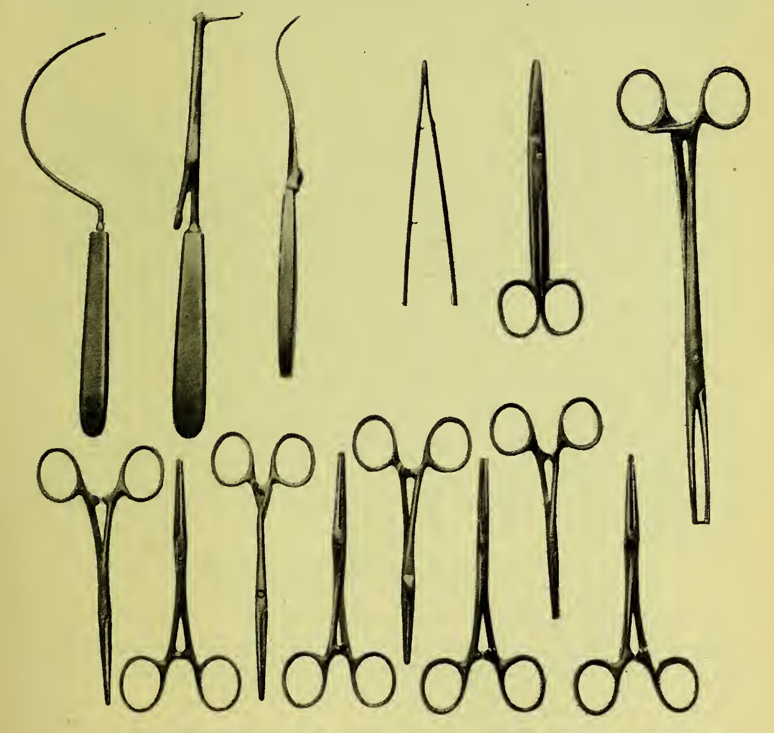


Fig. 150. — Instruments nécessaires pour une *périnéorraphie*.

la délivrance n'ont pas pris, il est logique de tenter à nouveau l'opération vers le quinzième jour. L'intervention est alors facile, et la femme s'y soumet d'autant plus volontiers qu'elle est encore couchée et qu'on ne l'oblige pas à s'aliter à nouveau.

4° La PÉRINÉORRAPHIE TARDIVE, CHIRURGICALE, est celle que l'on fait alors que la femme n'est plus en état puerpéral. Elle est indiquée dans deux conditions également :

a. Quand une *infection prolongée* a mis obstacle à toute

tentative de restauration soit immédiate, soit secondaire.

b. Quand les périnéorraphies immédiate et immédiate secondaire ont échoué.

Il y a avantage à ne pas la faire avant que trois ou quatre mois se soient écoulés, de façon à être sûr que l'involution génitale est bien terminée. Son manuel opératoire ayant été décrit dans la seconde partie de cet ouvrage (Voy. *Gynéc.*), nous ne nous occuperons ici que des périnéorraphies immédiates et immédiates secondaires.

I. — PÉRINÉORRAPHIE IMMÉDIATE.

La délivrance étant terminée, on place la femme en *position obstétricale*, et, toutes les fois qu'on le peut, *on la fait anesthésier*. Puis la vulve est soigneusement rasée, lavée à l'eau chaude et au savon et passée à l'alcool ; le vagin est irrigué à l'eau bouillie, la vessie évacuée par sondage. Un tampon de gaze est momentanément placé dons le fond du vagin pour empêcher que le sang venant de l'utérus ne vienne à chaque instant souiller le champ opératoire.

Il faut préparer (fig. 150) : une paire de ciseaux, une aiguille d'Emmet, une aiguille de Reverdin courbe, une aiguille à pédale, une pince à griffes, un jeu de pinces à forcipressure (6 à 10 environ), du catgut n°s 1 et 2, des crins de Florence. On aura, à sa portée, une injection chaude toujours prête, dans le cas où le sang venant de l'utérus inonderait, par moments, la plaie. On se rend compte, alors, de l'étendue des lésions. Trois cas peuvent se présenter, suivant que la déchirure est incompléte, complète ou centrale.

I. — La déchirure est incomplète.

La lésion intéresse une plus ou moins grande étendue du périnée antérieur, mais le sphincter anal est intact ; le vagin est déchiré, dans sa portion vulvaire, sur une longueur de plusieurs centimètres en général. A l'aide de ciseaux, on se débarrasse des lambeaux cutanés ou muqueux trop dilacérés, de façon à rendre bien nets les bords de la plaie. Les temps opératoires se succèdent dans l'ordre suivant :

1° **Reconstitution du vagin.** — Un aide entr'ouvrant la vulve au maximum, on suture la plaie vaginale, de *haut en bas*, à l'aide de *points séparés au catgut n° 1* ; ces points sont distants les uns des autres de 1 centimètre ; les fils sont passés à l'aide de l'aiguille à pédale ou, à son défaut, de l'aiguille courbe de Reverdin ; on a soin de peu serrer les nœuds, de peur de couper les friables tissus vaginaux (fig. 151).

2° **Reconstitution du périnée musculaire.** — On procède un

peu différemment suivant que la plaie s'étend beaucoup en profondeur ou qu'au contraire elle n'intéresse que les muscles superficiels.

α. ***La plaie s'étend en profondeur.*** — Commençons par placer une *assise de suture profonde*, au catgut n° 2. D'arrière en avant, de l'anus vers la vulve, on passe, à l'aide de l'aiguille d'Emmet, trois à quatre points de suture, qui doivent ramasser en masse tous les tissus musculaires de la région ; l'aiguille pénètre au ras de la plaie cutanée d'un côté, chemine dans la profondeur *sans blesser le rectum*

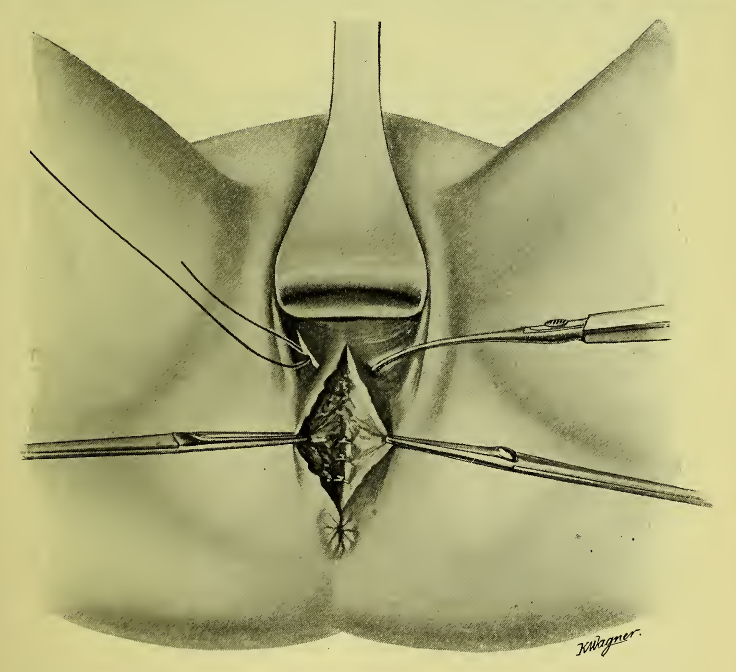


Fig. 151. — *Périnéorraphie :* 1° reconstitution de la paroi vaginale postérieure.

ni le vagin, ainsi que l'index gauche s'en assure en contrôlant la marche de sa pointe, et ressort, de l'autre côté, en un point symétrique. Les fils seront fortement serrés. Ce premier plan achevé, l'opération se continue comme nous allons le dire maintenant.

β. ***La plaie n'intéresse que le périnée superficiel.*** — Il est alors inutile de placer des sutures perdues : tout le périnée peut être suturé en un seul plan. *L'aiguille d'Emmet, la seule bonne en pareil cas*, parce qu'elle possède une très grande courbure, pénètre, d'un côté à 2 centimètres en dehors du bord de la plaie cutanée ; elle charge

profondément tous les tissus de la région, chemine entre le vagin et le rectum et ressort en un point symétriquement opposé. On charge sur cette aiguille un *double crin de Florence* d'un aussi gros diamètre que possible : des crins trop petits se briseraient aussitôt ou couperaient les tissus ; les chefs de ce premier fil, qui a été placé au niveau de l'extrémité inférieure, préanale de la plaie, ne sont pas noués tout de suite, mais repérés à l'aide de deux pinces à forcipressure ; un second point est placé de la même façon, à 1 centimètre au-dessus du précédent, puis un troisième et, s'il le faut, un qua-

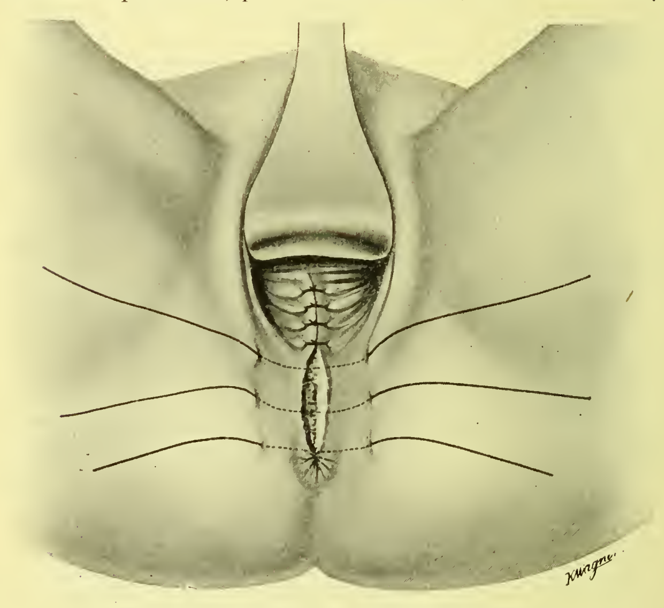


Fig. 152. — *Périnéorraphie :* 2° suture du périnée.

trième. *Quand tous les fils sont en place, on les noue solidement*, en commençant par celui qui est le plus près de l'anus et en finissant par celui qui avoisine la vulve (fig. 152).

3° **Réunion des téguments superficiels**. — Ces points ont réuni non seulement les muscles, mais aussi les lèvres de la plaie cutanée ; il suffit de placer, dans leurs intervalles à *l'aide de l'aiguille de Reverdin*, deux ou trois crins de Florence, ne prenant que les tissus superficiels, de façon à ne pas laisser d'espace cruenté. Ceci fait, on coupe les fils, en laissant à leur chef une longueur de 4 centimètres environ.

4° **Pansements et soins consécutifs.** — On retire le tampon placé sur le col; on donne une injection vaginale ; on attouche après nettoyage à l'alcool la plaie périnéale à la teinture d'iode, et on place le pansement vulvaire habituel. La malade, qu'il est inutile de constiper, aura les jambes réunies pendant cinq à six jours, comme il a été dit plus haut ; on ne fera pas d'injections vaginales pendant les couches. Chaque jour, on inspecte cette plaie périnéale, pour enlever sans hésiter les fils qui couperaient les tissus, et même les enlever tous, s'il y a infection; dans le cas contraire, on attend pour cela le *dixième jour*. Quelques attouchements à la teinture d'iode finissent la cicatrisation.

II. — La déchirure est complète.

La femme étant endormie et préparée comme il a été dit plus haut, l'opération va comprendre les temps suivants :

1° **Fermeture du rectum.** — La paroi rectale antérieure est toujours plus ou moins intéressée, quelquefois sur une longueur de plusieurs centimètres. On commencera par *isoler très soigneusement cette paroi rectale de la paroi vaginale qui lui est adossée*, en dédoublant la cloison recto-vaginale à la compresse ou à l'aide des ciseaux; ceci fait, on procède à la *rectorraphie*, au moyen de points séparés au catgut n° 1 (fig. 153). Chaque fil est passé à l'aide de l'aiguille courbe de Reverdin, pénétrant à 1 centimètre d'un des bords de la plaie et ressortant en un point symétriquement placé; les fils sont distants les uns des autres de 1 centimètre; ils sont placés de la profondeur vers l'extérieur; le premier, le plus profond, doit être mis de façon à bien coapter les deux lèvres de la plaie, au niveau de la pointe du V renversé que dessine la déchirure; au besoin, on régularise, aux ciseaux, les lèvres de la plaie rectale, de façon à les rendre bien nettes, bien linéaires. On ne saurait apporter trop de soins à ce temps, si l'on veut éviter la formation d'une fistule recto-vaginale, qui siège presque toujours au niveau de l'angle supérieur de la déchirure. Les nœuds de catgut ne doivent pas être serrés avec force, sans quoi ils risqueraient de déchirer les tissus qu'ils doivent rapprocher.

2° **Reconstitution du sphincter anal.** — L'aiguille de Reverdin (fig. 154) charge les deux bouts de l'anneau sphinctérien rompu; elle prend *largement* les tissus, y pénétrant à peu près au niveau du diamètre transverse de l'orifice anal; la suture va se faire à l'aide d'un fort catgut n° 2, que l'on peut mettre en double et dont on serrera le nœud assez fortement. Ce temps, comme le

précédent, demande le plus grand soin : mal fait, il exposerait la femme à l'incontinence des matières.

Le rectum et l'anus étant réparés, la déchirure est désormais semblable à une déchirure incomplète, et on finit la réparation, comme il a été dit plus haut, en restaurant :

3° **La paroi vaginale postérieure**, d'abord;

4° **Le périnée proprement dit**, ensuite. On aura bien soin de

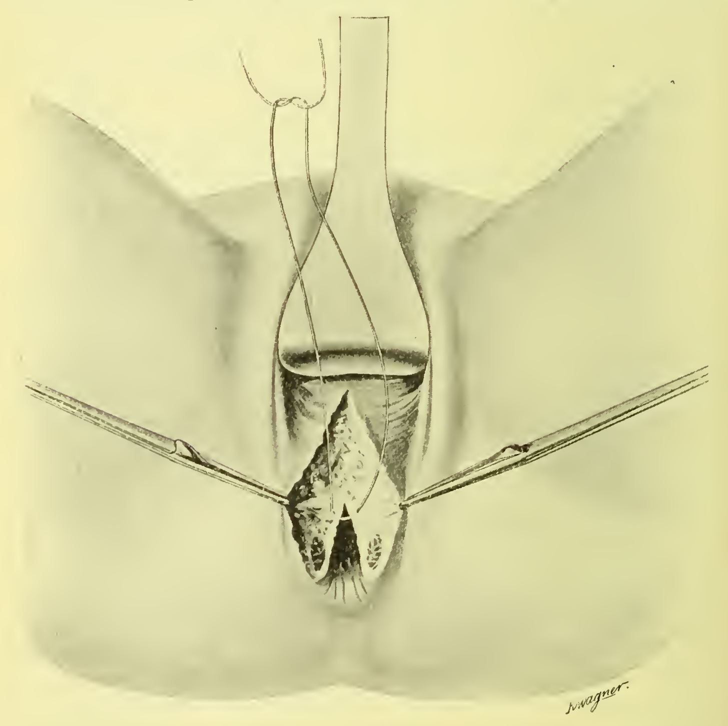


Fig. 153. — *Périnéorraphie en cas de déchirure complète :* 1° suture du rectum.

ne pas laisser, entre le rectum et le vagin, d'espaces morts, qui deviendraient le siège d'hématomes capables de s'infecter et, de ce fait, de faire échouer l'opération.

5° **Pansement et soins consécutifs**. — Le pansement est fait de la même façon que lorsqu'il s'agit d'une déchirure incomplète, mais ici il est *bon de constiper l'opérée* pendant les six ou sept premiers jours. On y arrive en réduisant au minimum la ration alimentaire et en prescrivant chaque jour 10 centigrammes d'extrait

thébaïque. Le septième jour, on évacue l'intestin grâce à une purgation et à un lavement de 250 grammes d'huile d'olive administrée au moment où la femme éprouve le besoin d'aller à la selle; puis on assure, par la suite, une selle quoitidienne. Les fils seront enlevés le dixième jour.

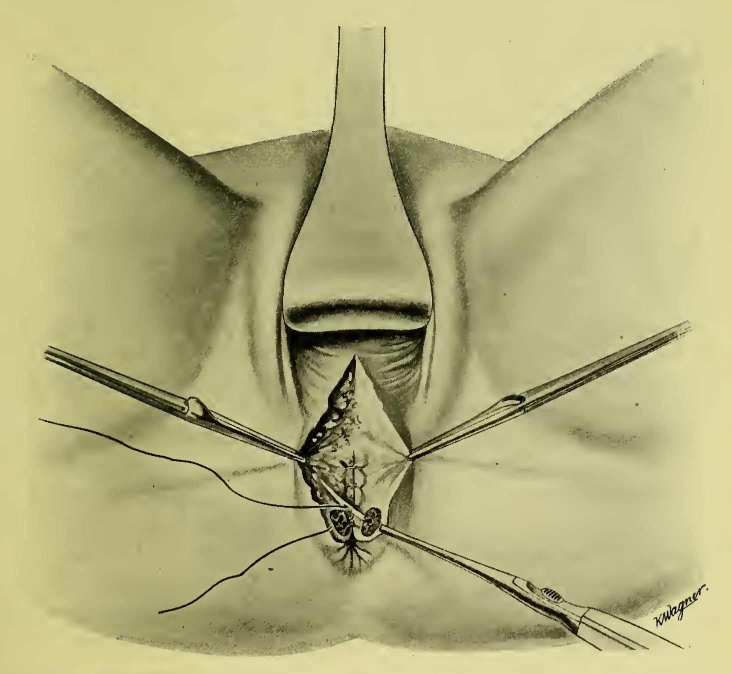


Fig. 154. — *Périnéorraphie en cas de déchirure complète :* 2° réfection du sphincter anal.

III. — La déchirure est centrale.

Le grand danger qu'il faut redouter lorsqu'on voit se former, au cours de l'accouchement, une déchirure centrale, c'est *l'extension de cette déchirure vers l'anus* ; on le prévient immédiatement *en faisant sauter, à l'aide des ciseaux, le pont de tissu qui sépare la partie la plus antérieure de la brèche de la vulve :* la déchirure centrale est ainsi transformée en déchirure incomplète. De même, si l'on est appelé, alors que l'accouchement est terminé, c'est encore cette même section qu'il convient de faire. Ensuite on procède à la réparation, comme en cas de toute autre déchirure incomplète (Voy. p. 324).

II. — PÉRINÉORRAPHIE IMMÉDIATE SECONDAIRE.

La femme est préparée comme avant toute opération sur les voies génitales, c'est-à-dire qu'on la purge la veille de l'opération, et qu'on lui donne un grand lavage intestinal quelques heures avant d'intervenir. La vulve et le vagin ont été, pendant les jours précédents, l'objet d'une antisepsie rigoureuse; les escarres ont été pansées à la teinture d'iode ou mieux encore au bouillon lactique (Voy. p. 387), et ce n'est que quand les plaies génitales sont parfaitement détergées, que leur surface est rouge et bourgeonnante, que l'on tente l'opération; agir plus tôt serait aller au-devant d'un échec certain. Enfin, au moment même d'intervenir, on nettoie la région, on l'irrigue à l'eau oxygénée, puis on la passe à l'alcool.

La caractéristique de la périnéorraphie immédiate secondaire, c'est qu'il faut, avant de suturer, *mettre à nu les tissus* que les fils doivent rapprocher; mais, la cicatrisation étant loin d'être aussi complète qu'elle le serait quelques semaines plus tard, il n'est pas besoin ici d'user, pour découvrir les muscles, du bistouri et des ciseaux, comme en cas de périnéorraphie chirurgicale (Voy. *Gynéc.*). Il est beaucoup plus simple et plus rapide *de gratter à la curette tranchante* tous les bourgeons charnus recouvrant les bords de la plaie vagino-vulvaire et le périnée; ceci peut être fait, très complètement, en quelques instants. Puis, à l'aide de ciseaux courbes, on régularise soigneusement les bords des plaies du vagin, du rectum et du périnée. Ceci fait, l'opération va être de tout point semblable, temps par temps, à la périnéorraphie immédiate que nous venons de décrire, qu'il s'agisse de la réparation d'une déchirure incomplète ou d'une déchirure complète. Les soins consécutifs sont également ordonnés de la même façon.

C'est là une excellente opération. Si elle échouait, il conviendrait de laisser momentanément la femme tranquille et de lui conseiller de se faire opérer ultérieurement, trois ou quatre mois après être sortie de l'état puerpéral. Dans cette intervention la *myorraphie des releveurs* (Voy. *Gynéc.*) jouera le rôle essentiel.

DÉCHIRURES VAGINALES.

Cliniquement, on peut en reconnaître trois variétés :

1° La DÉCHIRURE DE LA PORTION INFÉRIEURE, VULVAIRE; elle se combine à la déchirure du périnée, et comme nous venons de voir que *la colporraphie est le premier temps de la périnéorraphie* (Voy. p. 324), nous n'en reparlerons pas ici.

2° La DÉCHIRURE DE LA PARTIE MOYENNE, étendue quelquefois à toute la hauteur du vagin.

3° La DÉCHIRURE DES CULS-DE-SAC, qui peut provenir de l'extension d'une déchirure du col ou du segment inférieur (Voy. p. 334), ou exister (Voy. p. 332) à l'état de lésion isolée.

I. — Déchirure de la partie moyenne du vagin.

La lésion siège sur la paroi postérieure, et *latéralement*; parallèle à la colonne vaginale postérieure, elle peut être double. Le cas est très différent suivant que la paroi vaginale est seule intéressée ou que, au contraire, la lésion porte également sur la paroi rectale qui lui est accolée.

A. **La paroi vaginale est seule intéressée.** — Le mieux est de *laisser la déchirure se cicatriser spontanément*, ce qui se fait, en général, très bien; les sutures, en effet, ne donnent pas grand résultat, étant donnée l'attrition des tissus. On n'y aurait recours que dans le cas, d'ailleurs fort exceptionnel, où il y aurait hémorragie; la technique consiste alors à réunir la plaie à l'aide de points séparés au catgut, exactement comme il a été dit à propos de la colporraphie qui précède la périnéorraphie (Voy. p. 324).

B. **La paroi rectale est également intéressée.** — Nous supposons le périnée intact; il existe une brèche plus ou moins large, faisant communiquer la partie moyenne du vagin avec le rectum. Là encore, *si la lésion n'est pas trop considérable, on peut escompter la réparation spontanée de cette fistule recto-vaginale.* Les soins se bornent :

1° A CONSTIPER LA FEMME pendant sept à huit jours en réduisant au minimum la ration alimentaire et en lui administrant, chaque jour, 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

2° A ACTIVER LA CICATRISATION VAGINALE à l'aide d'attouchements à l'iode, ou même au moyen de *pansements au bouillon lactique* (Voy. p. 387). Si, vers le douzième ou le quinzième jour, la plaie n'a pas de tendance à se cicatriser spontanément, il faut recourir au traitement chirurgical. Il importe de dédoubler la cloison recto-vaginale pour suturer, séparément, d'abord le rectum, puis le vagin ; pour ce faire, le mieux est de *sectionner le pont de tissu qui sépare la partie inférieure de la brèche de la peau périnéale* : on a ainsi transformé la lésion en une déchirure complète du périnée compliquée de déchirure rectale, et on la répare comme il a été dit plus haut. Si la lésion est très étendue, il vaut mieux procéder, sans attendre, à cette restauration.

Dans d'autres cas, la brèche se comble en grande partie, mais il persiste une *petite fistule recto-vaginale.* Il n'y a pas à se presser. Si, au bout de quelques semaines, cette fistule ne se ferme pas spontanément, on en fera la réparation, comme il sera dit dans la seconde partie de cet ouvrage (Voy. *Gynéc.*).

II. — Déchirure des culs-de-sac vaginaux.

A. **La lésion est peu étendue.** — Elle n'intéresse pas le péritoine ni les vaisseaux du paramétrium. Le mieux est de n'en pas tenter la suture, toujours difficile, généralement inutile, et parfois dangereuse, comme étant capable d'occasionner un hématome qui pourra s'infecter. Bornons-nous, si cela saigne, à placer un *tamponnement vaginal* qu'on retirera dès le lendemain, quitte à *le remplacer par un drain*, si la plaie est le siège d'écoulements purulents.

B. **La lésion est très étendue.** — Le vagin est plus ou moins complètement désinséré de l'utérus ; le péritoine est ouvert : le fœtus, une fois sorti de l'utérus, est passé, au travers de la brèche vaginale, dans la cavité abdominale. *Cette lésion, très grave, est assimilable à une déchirure de l'utérus* et doit être traitée, comme telle, par la laparotomie et l'hystérectomie abdominale totale (Voy. p. 337).

DÉCHIRURES CERVICALES.

Il faut en distinguer deux variétés très différentes.

I. — Déchirure du museau de tanche.

Quand la déchirure est linéaire, il n'y a pas à s'en préoccuper. Si, à la suite de quelque intervention, le col était presque complètement détaché, le mieux serait d'enlever, aux ciseaux, le lambeau qui pend dans le vagin et qui va s'y sphacéler, puis, si l'injection très chaude n'arrête pas le suintement sanguin, d'appliquer un tamponnement vaginal à la gaze, pendant vingt-quatre heures.

II. — Déchirure de la portion sus-cervicale.

Son importance est toute autre ; d'abord, elle peut être la cause d'une hémorragie grave, parce que persistante ; ensuite, elle donne lieu à des brèches cicatricielles qui deviennent très dangereuses lors d'un accouchement ultérieur. Aussi le mieux est *d'en pratiquer immédiatement la réparation par suture.* La femme étant en position obstétricale et anesthésiée, un aide déprime le périnée et entr'ouvre au maximum le vagin, au moyen de valves larges et courtes. Deux fortes

pinces de museux sont jetées sur les extrémités inférieures des deux lèvres de la plaie : elles vont servir *à abaisser jusqu'à la vulve le col qu'elles ont largement saisi*; en les attirant, non seulement en bas, mais latéralement, en sens inverse du siège de la lésion, l'aide présente, au mieux, la lésion à l'opérateur. Il devient alors assez facile d'en pratiquer la suture : à l'aide de l'aiguille à pédale, ou, à son défaut, de l'aiguille courbe de Reverdin, on pose des fils séparés de

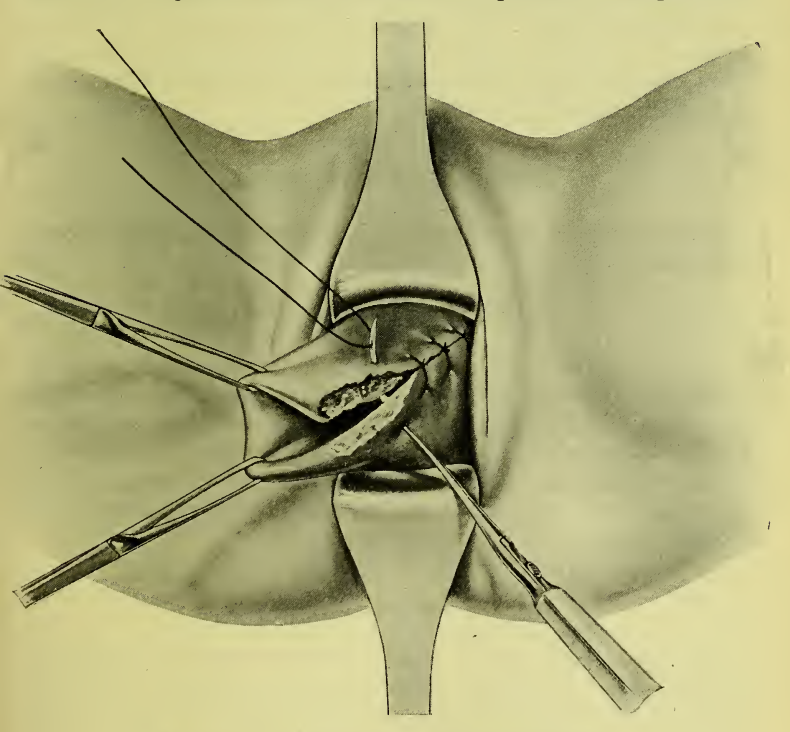


Fig. 155. — *Déchirure haute du col :* suture immédiate.

catgut n° 1, en commençant par la partie profonde de la plaie, et en les espaçant de centimètre en centimètre jusqu'à son extrémité inférieure (fig. 155). On a ainsi arrêté l'hémorragie et prévenu les complications ultérieures.

Si, pour une cause quelconque, cette *cervicorraphie* ne pouvait être faite, il faudrait arrêter l'hémorragie *à l'aide du tamponnement utéro-vaginal.* Le tampon de gaze est d'abord logé dans toute la cavité utérine (Voy. p. 364), puis on le tasse dans la brèche cervicale, et enfin

dans le vagin. C'est là un bon moyen d'hémostase. Il en est un autre qui consiste *à pincer à l'aide de clamps les deux lèvres de la déchirure*, clamps que l'on retire, dès le lendemain, de peur de voir les tissus se sphacéler. Ce procédé, qui peut être utile en cas d'hémorragie sérieuse, est, généralement, inférieur au tamponnement. Tous deux, d'ailleurs, ne valent pas, au point de vue des résultats obtenus, la suture qui, nous le répétons, sera faite toutes les fois qu'elle est possible.

Enfin la déchirure du col peut s'étendre aux parties voisines, intéresser le vagin, se prolonger vers le segment inférieur ; elle est alors susceptible du même traitement que la déchirure utérine, que nous allons maintenant étudier.

RUPTURES UTÉRINES.

L'utérus peut se rompre pendant la grossesse ou pendant l'accouchement.

I. — Ruptures de la grossesse.

Il s'agit, habituellement, d'un éclatement du corps utérin, apparaissant chez une femme qui a subi antérieurement une opération césarienne, ou dont l'utérus est malformé. Cette rare lésion sera traitée par la *laparotomie immédiate*, suivie de l'*extraction du fœtus* et de l'*hystérectomie abdominale*. Cette intervention sera conduite d'après les données que nous allons préciser à propos des ruptures du travail, de beaucoup les plus fréquentes.

II. — Ruptures du travail.

Rien n'est plus important que de savoir en pratiquer le *traitement prophylactique* : le lecteur voudra donc bien se reporter aux divers chapitres où nous avons traité de la conduite à tenir dans les différents cas où l'on est en droit de craindre la production d'une déchirure utérine, c'est-à-dire la présentation de l'épaule (Voy. p. 273), les rétrécissements pelviens (Voy. p. 189), le cancer du col (Voy. p. 260), l'hydrocéphalie (Voy. p. 307). De même, la prophylaxie consiste à n'entreprendre qu'à bon escient et à ne mener qu'avec la plus grande prudence les opérations les plus capables de rompre l'utérus, c'est-à-dire la version podalique (Voy. p. 277) et la dilatation rapide du col (Voy. p. 53). Enfin on sait maintenant qu'il ne faut jamais, sous aucun prétexte, administrer de l'ergot de seigle au cours de l'accouchement.

A. **Conduite à tenir en cas de rupture imminente.** — Le liquide amniotique s'est écoulé depuis plusieurs heures; le muscle utérin est fortement rétracté sur le fœtus, qu'il enserre à la façon d'un maillot; le segment inférieur a subi une forte élongation, si bien que l'anneau de Bandl, perceptible par le palper, remonte de plus en plus vers l'ombilic; au-dessous, la face antérieure du segment inférieur fournit, au palper sus-pubien, une sensation un peu pâteuse due à l'œdème et à l'infiltration sanguine des tissus. L'indication opératoire est formelle; il faut :

1° *Terminer immédiatement l'accouchement* ;

2° *Délaisser toute opération capable d'infliger au segment inférieur, si aminci, si fragile, le moindre traumatisme.*

Endormons donc la femme, et procédons différemment suivant que la dilatation est complète ou non.

1° ***La dilatation est complète.*** — Recourons alors à l'extraction par voies basses, *mais avec la plus extrême douceur.* L'opération variera, d'ailleurs, avec le mode de présentation; ce sera :

La basiotripsie dans la présentation du sommet (Voy. p. 241); la cranioclasie dans la présentation de la face et du front (Voy. p. 267);

L'extraction podalique (Voy. p. 149) complétée au besoin par la perforation de la tête dernière (Voy. p. 203) dans les présentations du siège;

L'embryotomie rachidienne (Voy. p. 287) et *jamais la version podalique*, dans la présentation de l'épaule.

Une fois le fœtus extrait, on procède à la délivrance artificielle (Voy. p. 354), et on revise très soigneusement les voies génitales, utérus et vagin, pour s'assurer qu'il n'y a pas de déchirure. Si, malgré toutes ces précautions, le segment inférieur est rompu, on se conduira comme il va être dit plus bas; s'il est intact, on pratiquera une injection intra-utérine iodo-iodurée (Voy. p. 388); puis on appliquera sur la région hypogastrique un sac de glace en permanence, pendant les deux ou trois premiers jours.

2° ***La dilatation est incomplète.*** — Toute tentative de dilatation artificielle du col devient dans de telles conditions extrêmement dangereuse; nous en dirons autant des incisions cervicales, qui ne seraient que le point de départ de la déchirure du segment inférieur qu'il s'agit précisément d'éviter. En pareille occurrence, la seule méthode rationnelle consiste à extraire l'enfant par l'*opération césrienne*, suivie de l'hystérectomie immédiate (Voy. p. 223).

B. **Conduite à tenir en cas de rupture confirmée.** — Le diagnostic de la rupture utérine peut être porté soit alors que

l'accouchement n'est pas terminé, soit, au contraire, après la sortie du fœtus.

Premier cas : l'accouchement n'est pas terminé. — Il faut :

1° Extraire le fœtus ;

2° Traiter la déchirure.

1° Extraction du fœtus. — Le fœtus peut être resté dans l'utérus, ou, au contraire, être passé, au travers de la brèche du segment inférieur, en pleine cavité péritonéale.

α. Le fœtus est encore dans l'utérus. — Généralement la déchirure intéresse non seulement le segment inférieur, mais également le col ; il n'y a donc guère à envisager l'hypothèse d'une dilatation incomplète. Si toutefois cette éventualité se présentait, et elle est possible dans certains cas de rupture consécutive à un obstacle cervical invincible, il faudrait pratiquer la laparotomie, extérioriser l'utérus, extraire l'enfant par césarienne, puis traiter la déchirure comme il va être dit plus loin.

La dilatation étant complète, de deux choses l'une : ou bien la présentation est engagée, ou bien elle est au-dessus du détroit supérieur :

a. Si la présentation est engagée, on terminera par une très prudente application du forceps, s'il s'agit d'un sommet, ou par la basiotripsie (Voy. p. 241) si l'enfant paraît volumineux et est mort ; la présentation de la face et du front est justiciable de la cranioclasie (Voy. p. 267) ; celle du siège, de l'extraction podalique (Voy. p. 149), avec perforation de la tête dernière (Voy. p. 203), pour peu qu'il y ait la moindre résistance à sa sortie ; la présentation de l'épaule commande l'embryotomie rachidienne (Voy. p. 287).

Sitôt l'enfant extrait, on procède à la délivrance artificielle.

b. Si la présentation est au-dessus du détroit supérieur, et c'est là l'éventualité habituelle, il faut délibérément abandonner toute tentative d'extraction par voie basse et recourir à la laparotomie suivie de *césarienne mutilatrice* : l'incision est faite, comme dans la césarienne ordinaire (Voy. p. 215) ; le fœtus extrait, ainsi que le placenta, on bourre, sans s'inquiéter des membranes, la cavité utérine d'une ou deux compresses de gaze, et on procède, séance tenante, à l'hystérectomie (Voy. plus bas).

β. Le fœtus est passé en totalité ou en partie dans la cavité abdominale. — Une telle éventualité ne laisse plus de place à l'hésitation ; il faut, de toute nécessité, recourir à la laparotomie.

En résumé, nous voyons que, sauf le cas où, tout obstacle cervical étant levé, la présentation se trouve bien engagée dans l'excavation, cas où il est logique de terminer l'accouchement par voie basse, *c'est par la laparotomie qu'il faut extraire le fœtus.*

2° **Traitement de la déchirure.** — La question se présente différemment suivant que l'on a extrait l'enfant par la laparotomie ou par les voies naturelles; dans le premier cas, en effet, l'intervention est d'emblée d'ordre chirurgical, et la logique commande de la continuer dans le même sens; dans le second, au contraire, on peut se demander s'il est absolument nécessaire de recourir à une intervention sanglante, ou si l'on ne peut pas se contenter d'un traitement conservateur.

A. Le foetus a été extrait par laparotomie. — Voici comment il faut conduire l'intervention. La femme est anesthésiée de préférence à l'éther; pendant qu'on l'endort, on pratique une injection sous-cutanée de sérum artificiel de 500 à 1 000 grammes. Les injections d'éther, de caféine, d'huile camphrée peuvent être utiles si l'état de shock est assez prononcé. La peau de l'abdomen est désinfectée à la teinture d'iode, sans lavage ni brossage (Voy. p. 72), comme dans tous les cas où il faut aller vite et éviter le moindre traumatisme. *La malade est d'abord laissée en situation horizontale*, de façon à ne pas faire refluer le sang et les liquides venus de l'utérus dans la partie supérieure, peut-être encore indemne, de la cavité péritonéale. On ouvre le ventre sur la ligne médiane, et sur une longueur de 30 centimètres en partant du pubis; l'utérus est attiré immédiatement hors de l'abdomen; un grand champ, passé sous sa face postérieure, s'oppose à la sortie des intestins. On incise la matrice sur sa face antérieure et sur le fond, c'est-à-dire dans une région que n'atteint pas la déchirure; le fœtus et le placenta étant extraits comme au cours de toute opération césarienne, on bourre rapidement la cavité utérine à la gaze, et on va inspecter l'état des lésions.

a. *La déchirure est restée sous-péritonéale; il ne s'est formé au-dessous du péritoine qu'un hématome insignifiant; il n'y a aucun signe actuel d'infection.* — On peut alors songer à suturer la plaie césarienne et à laisser l'utérus en place, en drainant le péritoine par en haut et la déchirure par en bas.

b. *La déchirure est restée sous-péritonéale, mais elle s'accompagne d'un hématome volumineux.* — Incisons le péritoine au niveau de cet hématome; enlevons, à la main et à l'aide de compresses montées sur des pinces, les caillots, puis le sang liquide; pinçons, puis lions au catgut les branches de l'artère utérine qui ont pu être ouvertes, et voyons comment se présente la lésion utérine : la déchirure est-elle petite, à bords bien nets, non déchiquetés, non thrombosés, *on peut en tenter la suture*, à l'aide de gros catguts ou de fils de soie, en opérant exactement comme lorsqu'on ferme un utérus après section césarienne (Voy. p. 219).

Fermez ensuite le péritoine, en le drainant par la paroi abdominale. La déchirure est-elle au contraire assez étendue, ses bords sont-ils irréguliers, déchiquetés, mieux vaut agir, comme dans le cas suivant, en enlevant l'utérus. Quel que soit l'état de la plaie, c'est encore à l'exérèse que l'on aura recours, s'il y a des signes d'infection utérine.

c. *La déchirure intéresse le péritoine*, faisant communiquer la cavité utérine avec la grande cavité abdominale. Débarrassons d'abord cette dernière des caillots et du liquide qui s'y sont épanchés ; asséchons-la soigneusement à l'aide de compresses montées sur des pinces à pansement, puis, cette toilette étant achevée, nous pourrons mettre la femme en position de Trendelenburg *afin de pratiquer plus aisément l'ablation immédiate de l'utérus.*

L'hystérectomie étant décidée, et c'est vraiment la seule conduite logique, à quel procédé opératoire doit-on recourir?

L'*amputation utéro-ovarique de Porro* (Voy. p. 225) ne trouve en pareil cas que des indications absolument exceptionnelles; elle ne serait légitime en effet que si, la rupture siégeant sur le corps utérin et non sur le segment inférieur, le praticien se trouvait dans des conditions opératoires trop défavorables pour pouvoir mener à bien une hystérectomie subtotale, infiniment préférable en pareil cas.

L'*hystérectomie abdominale totale* est le procédé qui répond au plus grand nombre de cas. Cette opération présente le double avantage d'enlever tous les tissus traumatisés et de supprimer la cause d'infection tenant à la présence du col. Elle offre, par contre, l'inconvénient d'être plus difficile et plus longue à exécuter que l'hystérectomie subtotale. Disons que, toutes les fois que les circonstances d'assistance, de matériel opératoire le permettront, c'est à elle qu'on recourera de préférence.

Technique de l'hystérectomie abdominale totale au cours de l'état puerpéral. — La technique ne diffère pas dans ses grandes lignes de ce qu'elle est en cas d'ablation d'un utérus fibromateux (Voy. *Gynéc.*); mais ce qui donne ici à l'opération son aspect particulier, c'est l'existence de délabrements plus ou moins étendus au niveau du paramétrium : le ligament large est plus ou moins déchiré; la gaine hypogastrique est infiltrée de sang, et c'est au milieu d'un thrombus souvent très vaste qu'il faut chercher l'artère utérine, parfois au prix de grandes difficultés. On aura donc soin, après avoir placé la large valve sus-pubienne qui permet d'y voir clair, de bien débarrasser le bassin des caillots qui l'encombrent, de l'étancher, à plusieurs reprises, avec des compresses de gaze, de bien mettre à nu le foyer de la déchirure. Si quelque branche artérielle saigne

dans le paramétrium, nous la pincerons tout d'abord, puis nous la lierons, de façon à empêcher le jet de sang de continuer à souiller le champ opératoire. Ceci fait, on saisit largement l'utérus à l'aide de fortes pinces de Museux, jetées non seulement sur le fond, mais au niveau des bords de la déchirure; toutes ces pinces serviront à attirer, le plus possible, la matrice à l'extérieur où nous la ferons reposer sur un ou deux champs, disposés entre sa face postérieure,

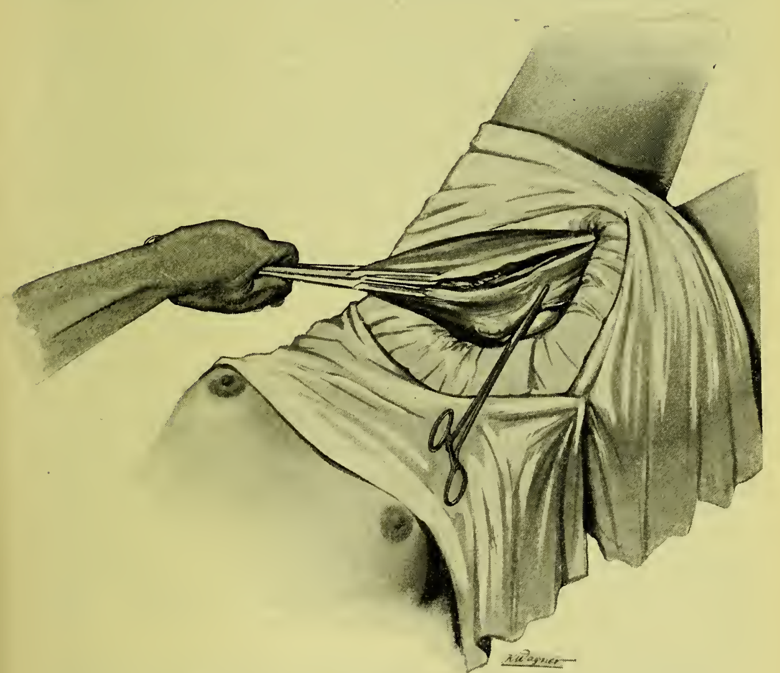


Fig. 156. — *Hystérectomie abdominale pour rupture de l'utérus :* placement des clamps sur les pédicules vasculaires.

et la paroi abdominale. Ces champs doivent maintenir les anses intestinales dans la cavité péritonéale.

Procédons, tout de suite, à la ligature de nos pédicules supérieurs (fig. 156), sans y jeter, au préalable, ni pinces, ni clamps, ce qui serait une inutile perte de temps : une aiguille à pédale, ou une aiguille de Deschamps, sert à passer un fil de catgut n° 2, sur le pédicule utéro-ovarien droit, en dehors de la trompe, puis une seconde sur le ligament rond du même côté; deux autres ligatures sont placées de la même façon, sur les mêmes points, du côté

gauche. Sectionnez, aux ciseaux droits, les ligaments larges, immédiatement en dedans des points liés.

Il s'agit maintenant de séparer la vessie de l'utérus : rien n'est plus facile, étant donnée l'imbibition des tissus : le péritoine qui recouvre la face antérieure du segment inférieur est incisé transversalement aux ciseaux, puis décollé, de haut en bas, à l'aide d'une compresse, jusqu'au dôme vaginal.

Ceci fait, il nous faut lier les utérines : pour bien voir chacune d'elles, il faut attirer, très fortement, l'utérus obliquement en haut et latéralement du côté opposé au vaisseau que l'on cherche : vers la gauche, pour l'utérine droite et *vice versa*. Si, malgré tout, on n'arrive pas à bien voir le vaisseau, entrons carrément notre fil dans le bord du muscle utérin et lions en masse tout ce qui chemine le long de ce bord, quitte, après section, à jeter des pinces sur la lumière des vaisseaux devenus bien visibles.

Dans le vagin, largement ouvert, plaçons un gros drain faisant communiquer le petit bassin avec l'extérieur, et une mèche de gaze peroxydée que l'on a soin d'appliquer, en tamponnant mollement, sur toutes les surfaces pelviennes cruentées ; au-dessus, reconstituons rapidement un toit péritonéal, en réunissant la séreuse vésicale aux régions pariétales ou viscérales correspondantes, à l'aide de quelques points de catgut. Le pelvis étant ainsi drainé par en bas et isolé de la grande cavité abdominale, fermons celle-ci en un plan (soie ou fils métalliques), en prenant soin d'y placer deux drains.

Très rapidement, de six à dix heures après l'intervention, l'opérée, chez qui l'on continue le sérum et les injections d'huile camphrée répétées toutes les trois heures, sera assise dans son lit. Au bout de quarante-huit heures, on retire la mèche vaginale; les drains abdominaux peuvent être enlevés vers le troisième jour, le drain vaginal vers le cinquième ou sixième jour.

L'*hystérectomie abdominale subtotale* (Voy. *Gynéc.*) pourrait être employée dans le cas où la déchirure intéresserait le corps et le segment inférieur, sans atteindre le col ; sauf peut-être dans les cas où il faut aller particulièrement vite, elle ne paraît pas devoir être préférée à l'hystérectomie totale.

Dans les cas où la rupture siège *au niveau de la face antérieure* du segment inférieur, affectant une direction longitudinale et détachant en grande partie l'utérus qui n'est plus retenu que par un pont plus ou moins restreint de tissu, on aura recours à une méthode un peu particulière, qui consiste à faire une *hystérectomie subtotale avec fixation rétro-péritonéale du moignon* (*Hartmann*) : on commence par lier les pédicules vasculaires utéro-ovariens et ovariens,

puis on sectionne l'utérus, en arrière, au-dessus du col, complétant ainsi la séparation que la rupture avait commencée. A ce moment, au lieu de recouvrir la tranche de section par le péritoine, comme dans l'hystérectomie subtotale classique (Voy. *Gynéc.*), on attire le moignon utérin jusqu'au contact de la face profonde de la paroi abdominale, dans l'angle inférieur de la plaie. On réunit alors, à l'aide d'un fort catgut n° 2 ou n° 3, les deux lèvres droite et gauche de l'incision péritonéale, juste au-dessus du moignon, en ayant soin de charger, au passage, la face postérieure de ce moignon avec notre fil, de façon à la maintenir au point où nous l'avons amenée. Ainsi la partie cruentée de ce qui reste de l'utérus se trouve isolée de la grande cavité péritonéale : elle communique avec l'extérieur, grâce à un tampon de gaze passant au travers des différents plans de la paroi antérieure non suturée à ce niveau. Le reste de la paroi est fermé comme à l'ordinaire. Dans les jours suivants, cette plaie sera attouchée à la teinture d'iode et recouverte de perborate de soude. Ce procédé participe des avantages de l'amputation de Porro, mais il présente, sur cette dernière méthode, la double supériorité d'enlever la presque totalité du corps utérin et de ne pas laisser à l'extérieur de l'abdomen un volumineux moignon capable de suppurer pendant de longs jours.

Quand la rupture est compliquée, il faut procéder, en outre de l'hystérectomie, à un traitement variable suivant les circonstances :

Si une anse d'intestin vient faire hernie au travers de la déchirure, on la réduit doucement, quitte à en réséquer toute la portion qui serait sphacélée (Voy. *Technique chirurgicale*).

La vessie est très rarement déchirée. Si ce grave accident s'était produit, il faudrait, une fois l'hystérectomie faite, *suturer la plaie vésicale* en deux plans au catgut (Voy. *Technique chirurgicale*), puis y placer une sonde à demeure. Dans le cas où les bords de la plaie vésicale seraient par trop irréguliers, déchiquetés, on pourrait les suturer à la paroi abdominale, on encore drainer la plaie par le vagin, en constituant par-dessus la vessie un toit péritonéal protecteur.

B. LE FOETUS A ÉTÉ EXTRAIT PAR LES VOIES GÉNITALES. — Toute la question se résume ainsi : peut-on éviter à la femme la laparotomie ? Or, anatomiquement et cliniquement, le cas est absolument différent suivant que *le péritoine est intéressé ou non.*

a. *La rupture est sous-péritonéale.* — Dans ce cas, les phénomènes de shock sont généralement peu considérables ; les risques de péritonite consécutive sont relativement peu importants. Une exploration, d'une prudence extrême, car il faut éviter à tout prix d'augmenter les dégâts, pourra montrer l'intégrité de la séreuse.

quelquefois aussi des couches les plus externes de la musculeuse utérine. De deux choses l'une : il y a, où il n'y a pas hémorragie sérieuse.

1° Il n'y a pas d'hémorragie sérieuse. — On se bornera à un *traitement non sanglant par voie basse.* Après avoir lavé, avec de l'eau bouillie injectée sous faible pression, l'utérus et le vagin, *on draine ta plaie utérine* à l'aide d'un fort tube de caoutchouc, près duquel on peut placer une ou deux mèches de gaze. Le drainage réussit particulièrement bien en cas de déchirure à siège postérieur. On doit le remplacer par le *tamponnement*, pour peu que le suintement sanguin semble inquiétant, ou offre quelque persistance ; le mieux est de pratiquer le *tamponnement total utéro-vaginal*, comme on le fait en cas d'hémorragie par inertie, lors de la délivrance (Voy. p. 364) à l'aide d'une très longue mèche de gaze stérilisée ou mieux peroxydée. Il est bon de faire ce tamponnement à ciel ouvert, c'est-à-dire en déprimant le périnée à l'aide d'une valve courte et large et en abaissant l'utérus grâce à deux fortes pinces de Museux jetées sur les deux lèvres de la déchirure.

Le tampon favorisant singulièrement l'infection sera retiré au bout de vingt-quatre heures ; on lavera à ce moment la plaie, très doucement, avec un peu d'eau bouillie, puis on y placera un drain, s'il semble qu'il s'en découle quelque liquide septique ; dans le cas contraire, il n'y a qu'à la laisser se fermer naturellement. De toute façon, il sera bon de mettre un sac de glace à demeure sur l'hypogastre pendant les trois ou quatre premiers jours.

2° Il y a hémorragie sérieuse. — Dans ce cas, s'attarder aux moyens précédents serait perdre un temps précieux ; il faut, dans le plus bref délai possible, pratiquer la laparotomie, puis l'*hystérectomie abdominale*, en se conformant aux préceptes qui ont été donnés plus haut. En tout cas, *on ne songera jamais à enlever l'utérus par la voie vaginale* ; de même, il ne faut pas compter sur la suture de la déchirure par voie basse, opération très difficile à exécuter et toujours insuffisante comme résultat.

b. *La rupture est complète.* — La cavité péritonéale communique par le canal utéro-vaginal avec l'extérieur. Les phénomènes de shock sont portés au maximum ; l'hémorragie, d'ailleurs très variable, est en général plus considérable que dans le cas précédent ; si la femme résiste aux causes de mort immédiate, elle n'en est pas moins menacée par la péritonite. Sauf le cas où les circonstances matérielles s'opposent absolument à tout acte chirurgical, et où, alors, on est bien forcé de se contenter du tamponnement utéro-vaginal ; sauf le cas où la femme est dans un état tel que le moindre traumatisme semble

devoir l'achever, ce qui légitime encore l'emploi du tampon, quitte à faire mieux le lendemain si, d'ici là, la malade a pu être remontée grâce aux injections massives de sérum, — toute déchirure complète commande la *laparotomie immédiate, suivie de l'hystérectomie totale* (Voy. *Gynéc.*).

Second cas : l'accouchement est terminé. — On peut être appelé soit immédiatement après la délivrance, soit dans les jours suivants à l'occasion d'une complication : hémorragie tardive ou infection.

1° **Sitôt après la délivrance.** — Nous nous trouvons exactement dans le cas que nous avons étudié en envisageant l'hypothèse de la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles : on se comportera donc comme il vient d'être dit.

2° **Durant les premiers jours de couches.** — Si la rupture, en supposant même que le diagnostic en soit établi, ne se manifeste par aucun signe morbide, bornons-nous à glacer l'abdomen, et escomptons la cicatrisation spontanée. Mais cette rupture peut donner lieu à deux sortes d'accidents : l'hémorragie tardive et l'infection.

a. L'*hémorragie tardive* pourrait sans doute être traitée par le tamponnement utéro-vaginal ; il sera très préférable de recourir à l'hystérectomie abdominale. On agira de la même façon quand l'épanchement de sang, au lieu de se faire à l'extérieur, s'accumule dans le tissu péri-utérin, donnant lieu à un volumineux thrombus. L'abstention ne serait de mise que si la collection sanguine restait bien circonscrite, et sans tendance à s'accroître.

b. L'*infection* peut être toute *locale*, lorsqu'il s'agit d'une déchirure sous-péritonéale : la désinfection de la plaie, par des attouchements à la teinture d'iode, un large drainage, au besoin quelques injections faites doucement dans le foyer du traumatisme, pourront alors suffire. Mais, s'il s'agit d'une déchirure complète, l'infection revêt le caractère de la péritonite, ou même de la septicémie généralisée; le mieux est alors de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale; puis on draine largement l'abdomen (Voy. p. 340).

N. B. — Dans tous les cas de rupture, et quelle que soit l'intervention faite, il faudra toujours s'attacher à soutenir l'état général. On y arrive : 1° *par les injections sous-cutanées de sérum* (500 à 1000 grammes par vingt-quatre heures) ; 2° *par les injections hypodermiques d'huile camphrée répétées toutes les trois heures* ; 3° par les divers moyens préconisés en cas d'anémie post-hémorragique (Voy. p. 366).

THROMBUS GÉNITAUX

Il faut en distinguer deux espèces tout à fait différentes : le thrombus vulvo-vaginal et le thrombus pelvi-abdominal.

I. — Thrombus vulvo-vaginal.

Laissant de côté le cas exceptionnel où le thrombus apparaît pendant la grossesse, nous devons envisager différemment la conduite à tenir, suivant que cet épanchement se forme avant ou après la sortie du fœtus.

A. **Avant la sortie de l'enfant.** — Tout dépend du volume du thrombus :

α. Le thrombus est de faible dimension. — Sa masse n'excède pas celle d'une petite orange; il fait saillie surtout vers la vulve. On va terminer l'accouchement au *forceps*, en procédant avec la plus grande douceur; si, pendant l'extraction, la poche sanguine se rompt, on finit au plus vite, et on agit comme dans le cas suivant.

β. Le thrombus est volumineux. — Il forme une véritable tumeur rétrécissant fortement le calibre du vagin : *incisons-le largement*, suivant une ligne verticale, au milieu de son pôle vulvaire : ceci est très facile quand le thrombus saille fortement vers la grande lèvre; quand l'hématome est vaginal et non plus vulvaire, on commencera par bien le mettre à nu au moyen de deux valves dont l'une déprime la fourchette et dont l'autre écarte latéralement la paroi vaginale opposée. Ceci fait, *on applique immédiatement le forceps*, et on termine l'accouchement; on procède à la délivrance artificielle (Voy. p. 354), et, une fois l'utérus vidé, on tamponne à la gaze peroxydée la cavité de l'hématome. Ce tamponnement sera retiré au bout de vingt-quatre heures et remplacé par un drain s'il n'y a pas d'hémorragie, par un second tamponnement dans le cas contraire.

B. **Après la sortie de l'enfant.** — 1° *La délivrance n'est pas faite.* — Quand le thrombus n'a que de faibles dimensions, on laisse la délivrance se faire comme normalement (Voy. p. 347); mais un thrombus volumineux mettrait obstacle à la sortie de l'arrière-faix: mieux vaut l'inciser comme il a été dit plus haut, pratiquer tout de suite après la délivrance artificielle et tamponner ensuite la cavité de l'hématome.

2° *La délivrance est faite.* — En thèse générale, il n'y a pas à toucher au thrombus vulvo-vaginal : il se résorbera spontanément en un temps plus ou moins long; abstenons-nous simplement de toute manœuvre capable de traumatiser cette tumeur, et en parti-

culier des injections vaginales. Cette règle comporte trois exceptions :

a. Quand le thrombus est très volumineux, quand surtout il a tendance à s'accroître, il faut l'inciser largement et en tamponner fortement la cavité.

b. Quand le thrombus s'ouvre spontanément, on doit élargir l'ouverture spontanée, toujours de dimension insuffisante, qui permettra à la poche de se bien drainer, et se comporter comme dans le cas précédent s'il n'y a pas d'infection, comme dans le cas suivant si la cavité de l'hématome a été contaminée par les germes septiques.

c. Quand il y a infection du thrombus, celui-ci doit être assimilé à un véritable abcès et traité comme tel : incisons-le donc très largement; détachons au doigt les caillots plus ou moins putréfiés qui l'emcombrent; effondrons les clapiers, puis, après un lavage à l'eau oxygénée, nous toucherons à la teinture d'iode toute cette cavité, que finalement l'on draine. Quand l'écoulement purulent se tarit, on supprime le drain, et on hâte la cicatrisation en plaçant, chaque jour, dans la poche qui se réduit, de petites mèches de gaze imbibées de teinture d'iode et de moins en moins volumineuses.

II. — Thrombus pelvi-abdominal.

Nous connaissons déjà le traitement du thrombus profond lié à une rupture sous-péritonéale de l'utérus (Voy. p. 337). Si la lésion utérine, insignifiante, passe, de ce fait, au second rang, on basera encore la conduite à tenir sur les dimensions de l'hématome.

1° ***L'hématome est peu volumineux, bien circonscrit.*** — Il n'a pas tendance à augmenter ni à s'infecter. Bornons-nous à l'expectation : un sac de glace est laissé en permanence sur l'hypogastre ; si les douleurs causées par le thrombus sont trop vives, on les calmera à l'aide de la morphine.

2° ***L'hématome est volumineux.*** — Il a tendance à augmenter, à filer vers la fosse iliaque. Le traitement rationnel est alors la laparotomie, suivie de l'évacuation de la poche, de la ligature des vaisseaux qui donnent, et souvent même de l'hystérectomie (Voy. *Gynéc.*).

3° ***L'hématome s'infecte.*** — Il faut en pratiquer le *drainage* le plus rapidement possible : soit par *colpotomie postérieure* (Voy. p. 400), si la masse tend à bomber vers le cul-de-sac de Douglas ; soit par *laparotomie* latérale : on fait une incision parallèle à l'arcade de Fallope, et, passant au-dessous du péritoine que l'on décolle, on ouvre la poche comme tout autre abcès de la fosse iliaque.

RUPTURE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE.

Cet accident, très exceptionnel, doit pouvoir être évité dans la majorité des cas : il faut se rappeler, en effet, que la disjonction pubienne se produit surtout quand on essaie de faire passer, au travers du détroit supérieur rétréci, soit par version, soit surtout par forceps, une tête trop volumineuse pour les dimensions du bassin. La prophylaxie de la rupture consiste donc à bien poser l'indication du mode d'intervention dans les bassins rétrécis (Voy. p. 251).

Quand la rupture s'est produite, on se comportera de façon différente suivant que les parties molles sont lésées ou non.

1° **La symphyse est disjointe, mais sans lésion appréciable des parties molles.** — Le mieux est de *traiter la femme, comme après une pubiotomie* (Voy. p. 231) : elle restera couchée en position horizontale, et on appliquera autour du bassin et des trochanters un large bandage de flanelle maintenu bien serré ; on peut, en outre, rapprocher les deux pieds à l'aide d'une serviette repliée en foulard. Si, par la suite, la cicatrisation ne se faisait pas spontanément, on pourrait songer à pratiquer, une fois la femme sortie de l'état puerpéral, la suture osseuse des pubis, ou tout au moins la suture du trousseau aponévrotique qui les recouvre.

2° **Il y a en même temps lésion des parties molles.** — Il faudra réparer, immédiatement, par suture, toute plaie de la vessie, de l'urètre ou du vagin, placer le bandage comme il a été dit plus haut, puis laisser une sonde vésicale à demeure.

Si quelque accident infectieux se produit du côté de la plaie osseuse, ce phlegmon pubien sera traité comme toute collection suppurée : par l'incision large, l'évacuation et le drainage.

TROISIÈME SECTION

CONDUITE A TENIR PENDANT LA DÉLIVRANCE

CHAPITRE PREMIER

CONDUITE A TENIR PENDANT LA DÉLIVRANCE NORMALE

Moment de la délivrance.
Meilleur mode de délivrance naturelle ; l'expression utérine combinée, au besoin, aux tractions sur le cordon.
Examen de l'arrière-faix après la délivrance.

I. — Quand faut-il faire la délivrance ?

Sauf quelques cas assez rares où la délivrance suit de très près l'accouchement, on peut admettre qu'il s'écoule, en moyenne, *vingt à cinquante minutes* entre la sortie de l'enfant et l'expulsion de l'arrière-faix : chercher, en dehors de toute indication découlant d'un état pathologique (Voy. p. 353) à abréger ce temps serait aller au-devant d'un accident qui peut être très grave, la rétention des membranes (Voy. p. 375). Donc, en pratique, *laissez passer une demi-heure avant de rien tenter pour délivrer la femme.* Pendant ce laps de temps, l'accouchée devra rester étendue sur le dos, les bras et les jambes allongés, et strictement immobile. Une compresse de gaze stérilisée est déposée sur la vulve et empêche le cordon de traîner sur le lit. — *On pose très fréquemment la main sur l'abdomen pour reconnaître la consistance de l'utérus.* Le globe utérin est-il dur, ferme ? Tout va bien, il n'y a qu'à attendre. A-t-il au contraire tendance à se ramollir, en même temps que son volume augmente ? Il faut frictionner la matrice pour la forcer à se contracter, et l'exprimer pour en expulser les caillots qui, sans cela, se formeraient dans sa cavité. Puis

la femme ressent quelques tranchées : ce sont les *arrière-douleurs*, qui vont décoller l'arrière-faix ; parfois même, elle est prise, à nouveau, de l'envie de pousser : cela indique que le placenta, descendu hors de l'utérus, appuie sur le plancher pelvien.

En l'absence de ces symptômes, et alors qu'une demi-heure s'est écoulée, on peut tenter un peu d'expression utérine ; si le placenta ne descend pas et que la femme ne perd pas, rien ne nous presse ; laissons passer cinq ou dix minutes, et essayons à nouveau un peu d'expression. Cette attente pourrait être prolongée une heure sans inconvénient. Passé ce temps, il est bien probable qu'il existe quelque obstacle à la délivrance (Voy. p. 353).

En résumé, on tentera la délivrance dans la seconde demi-heure qui suit l'accouchement.

II. — Comment faut-il procéder à la délivrance ?

Il est des cas où la femme fait des efforts suffisants pour expulser spontanément son placenta ; il n'y a qu'à appliquer la main sur l'arrière-faix dès qu'il apparaît à la vulve pour l'empêcher de sortir trop rapidement, ce qui aurait pour conséquence habituelle la déchirure des membranes (Voy. p. 352). Le plus ordinairement le placenta quitte spontanément le corps utérin, mais il faut aider sa sortie hors du segment inférieur, ou, tout au moins, hors du vagin.

Deux grands principes dirigent, en ceci, la conduite de l'accoucheur : *il faut agir uniquement par des manœuvres externes ; il ne faut jamais exercer sur le cordon de tractions quelque peu énergiques.* Grâce à cette double précaution, on évitera et les risques de rétention et les accidents tels que rupture de la tige funiculaire, hémorragie (Voy. p. 360).

On prie la femme de fléchir les cuisses et de les porter en abduction ; on dispose, sur le lit, au-devant de la vulve, une large compresse stérilisée, et on fait placer à proximité un récipient plat quelconque (un plat ou une large assiette), où l'arrière-faix sera déposé pour y être facilement et soigneusement examiné. Puis, se plaçant à la droite de la femme, l'accoucheur saisit à pleines mains le corps utérin ; *il comprime ce corps, comme s'il voulait l'exprimer, en même temps qu'il l'abaisse vers le bassin, à la façon d'un piston que l'on pousserait dans un corps de pompe* (Voy. fig. 157). Cette double manœuvre, répétée plusieurs fois s'il est besoin, a pour résultat de chasser l'arrière-faix hors de l'utérus et de l'amener à la vulve, qui va s'entr'ouvrir pour lui donner passage. A ce moment, on

appuie encore sur l'utérus, mais *plus doucement*, en même temps que la main droite, dûment aseptisée, se dispose contre la vulve, la paume bien ouverte, pour y recevoir le placenta qui va y tomber, sans brusquerie.

La seule expression suffit, très généralement, pour obtenir ce résultat; s'il en était autrement, on renforcerait son action en exercant sur le cordon de *très douces tractions*, dirigées le plus bas possible, tractions faites en empoignant à pleine main droite la tige funiculaire par l'intermédiaire d'une compresse. Les tractions, nous le répétons, n'auront jamais qu'un rôle adjuvant et tout accessoire.

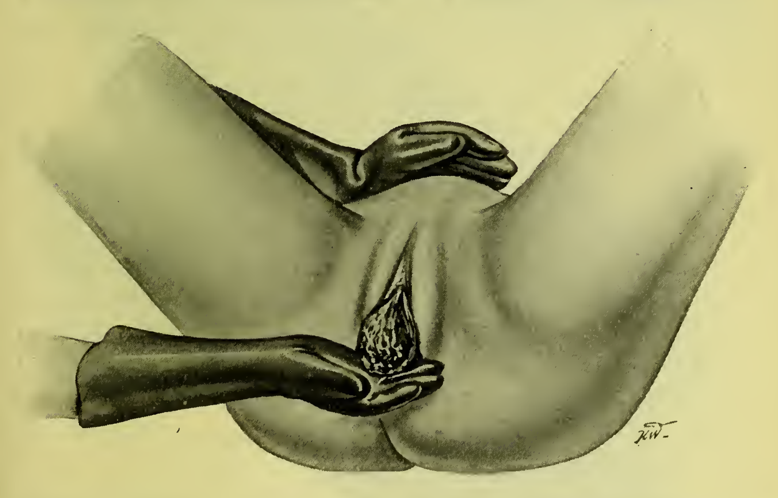


Fig. 157. — *Délivrance naturelle :* la main gauche fait un peu d'expression utérine; la main droite reçoit l'arrière-faix.

Une fois le placenta sorti, il faut procéder à la *délivrance membraneuse* : c'est là le temps délicat et fertile en accidents. Il faut, de toute nécessité, obtenir un sac membraneux intact, complet. On y arrive en exerçant sur le placenta que tient la main droite de légers mouvements, soit en avant, soit latéralement; les membranes achèvent leur décollement et franchissent la vulve *comme en bavant*. Si l'on sent qu'elles se déchirent, on abandonne le placenta sur le plan du lit, et l'on saisit, avec les doigts de la main droite, soit à nu, soit par l'intermédiaire d'une fine compresse de gaze, le faisceau membraneux pour y exercer de légères et très douces tractions. Finalement, la totalité de l'arrière-faix est hors de la vulve. On le dépose sur un récipient plat, où on va immédiatement

l'examiner; mais nous aurons pris soin, au préalable, d'exprimer une dernière fois l'utérus pour en expulser les caillots qui ont pu s'y accumuler.

III. — Examen méthodique de l'arrière-faix.

On ne saurait apporter trop de soins à cet examen : si la délivrance est complète, il est bien probable que les suites de couches seront normales ; s'il y a rétention de débris de l'arrière-faix, la femme est exposée aux accidents les plus graves.

A. **Examen du placenta.** — Posons d'abord le placenta, *bien à plat*, sur sa face amniotique, de façon à examiner sa face utérine, coty-



Fig. 158. — *Examen méthodique de l'arrière-faix après la délivrance :* 1°) examen de la face utérine du placenta.

lédonaire (fig. 158). Les cotylédons, s'ils sont au complet, doivent se toucher les uns les autres ; si, en un endroit, il existe un sillon plus large qu'ailleurs, il faut bien regarder s'il ne s'agit pas simplement d'une sorte de dilacération, ayant éloigné deux cotylédons voisins mais sans perte réelle de tissu, dans quel cas il est facile de rapprocher ces deux cotylédons, ou si, au contraire, il y a perte de tissu placentaire. En pareille occurrence, on voit un territoire membraneux apparaître rugueux, au milieu des cotylédons qui l'entourent, sans parvenir à le recouvrir. C'est surtout sur les bords du

placenta qu'il faut rechercher l'absence possible d'un cotylédon, et c'est encore par le dépoli des membranes qu'on se rendra compte de cette rétention. Enfin un cotylédon accessoire aurait pu siéger à quelque distance de la masse principale ; en pareils cas, on verra des vaisseaux circuler dans les membranes et s'arrêter court en un point indiquant que là était un cotylédon qui est demeuré dans l'utérus.

Dans d'autres cas, il ne manque qu'une partie de cotylédon : on



Fig. 159. — *Examen méthodique de l'arrière-faix après la délivrance :* 2° examen du sac membraneux ; ici, ce sac est intact.

voit alors la surface de ce dernier non plus lisse et vernissée, mais irrégulière, dépolie, et en contre-bas par rapport aux cotylédons circumvoisins.

Nous étudierons ultérieurement (Voy. p. 375) la conduite à tenir quand cet examen a permis de constater que le placenta n'était pas intact.

B. **Examen des membranes.** — Retournons alors le placenta de façon à le faire reposer sur sa face cotylédonaire et à redonner à l'œuf la disposition qu'il avait *in utero*. Le cordon permet de trouver l'orifice de sortie du fœtus ; par cet orifice, la main s'introduit dans la cavité ovulaire et étale ses doigts écartés (fig. 159). Il est ainsi très facile de se rendre compte de l'état des membranes. Si celles-ci ont été déchirées, lors de leur sortie, cet examen donne des résultats beaucoup plus douteux : il faut rapprocher les fragments

et tenter de se rendre compte si, ainsi réunis, ils représentent ou non la totalité des membranes (fig. 160 et 161). On s'attache, par ailleurs, à reconnaître, dans l'arrière-faix expulsé, la présence

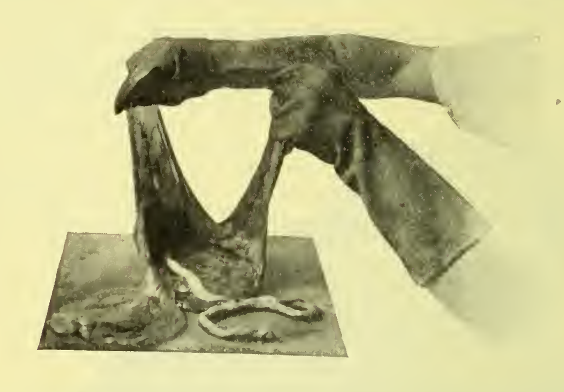


Fig. 160. — *Examen méthodique de l'arrière-faix après la délivrance :* 3° examen des membranes, qui, dans ce cas, sont déchirées et dissociées, l'amnios pendant à côté du placenta ; on ne peut affirmer qu'elles soient complètes.

des trois membranes : l'amnios, lisse et souvent décollé; le chorion, également lisse et élastique; enfin, à l'extérieur, la caduque comme



Fig. 161. — *Examen méthodique de l'arrière-faix après la délivrance :* 4° examen des membranes représentées, ici, par le seul amnios, la caduque et le chorion, arrachés du bord placentaire, étant restés *in utero.*

pulpeuse et difficile à individualiser (Voy. p. 375, *Traitement de la rétention membraneuse*).

L'arrière-faix pourra fournir encore d'autres renseignements au point de vue pathologique : son hypertrophie, par exemple, fera penser à la syphilis, d'où déduction thérapeutique possible.

CHAPITRE II

CONDUITE A TENIR PENDANT LA DÉLIVRANCE PATHOLOGIQUE

I. Difficultés de la délivrance. — La délivrance artificielle.
II. Accidents de la délivrance.
a. Les hémorragies utérines. Injection intra-utérine. Tamponnement utérin. Traitement général.
b. L'inversion utérine.
c. La rétention de l'arrière-faix. Écouvillonnage utérin.

§ 1. — DIFFICULTÉS DE LA DÉLIVRANCE.

La délivrance peut être rendue difficile et même impossible si on l'abandonnait aux seules forces de la nature, soit parce qu'il y a inertie utérine, soit parce que l'arrière-faix est anormalement adhérent, ou bien encore parce qu'il se trouve incarcéré par quelque contracture de l'utérus.

I. — CONDUITE A TENIR EN CAS D'INERTIE UTÉRINE.

Deux cas peuvent se présenter, suivant que cette inertie s'accompagne ou non d'hémorragie.

A. **Il y a hémorragie.** — C'est le cas habituel. On commence par *masser l'utérus*, au travers de l'abdomen, puis on tente l'*expression* comme elle a été décrite à propos de la délivrance normale mais en déployant plus de force et en apportant plus d'insistance : l'idéal est, en effet, d'essayer de pratiquer cette délivrance *par des moyens uniquement extérieurs*. En même temps, on peut user d'une injection vaginale à 50° à titre d'excitant de la musculeuse utérine. Si ces moyens échouent, il est dangereux de s'y attarder, et mieux vaut pratiquer, avant que la femme n'ait eu le temps de s'affaiblir, la délivrance artificielle (Voy. p. 354). Quant au traitement général destiné à combattre les effets de l'hémorragie, il est étudié à propos des accidents de la délivrance (Voy. p. 360).

B. **Il n'y a pas d'hémorragie.** — En pareil cas, il n'y a pas de raison de trop se dépêcher : rappelons-nous toujours que toute tentative de délivrance exercée alors que le placenta est encore dans le corps utérin expose à de multiples accidents, dont le plus habituel est la rétention des membranes. Prolongeons donc, s'il est nécessaire, le délai normal que nous avons indiqué pour la délivrance jusqu'à une heure. Pendant ce temps, on ne quitte guère l'utérus, que nous ne laisserons pas se relâcher, grâce à un léger massage exercé au travers de la paroi abdominale. De temps en temps tentons, sans insister, un peu d'expression; donnons à la femme une ou deux injections vaginales à 48°. Si, finalement, l'arrière-faix n'arrive pas à quitter spontanément l'utérus, on agira comme précédemment, c'est-à-dire qu'on pratiquera : d'abord l'*expression utérine* (Voy. p. 348), en insistant, puis, si cette manœuvre échoue, la *délivrance artificielle* (Voy. p. 354).

Dans tous ces cas, il faut continuer à surveiller l'utérus *pendant au moins deux heures* et ne quitter la femme qu'après ce délai, au delà duquel il est rare de voir se produire une hémorragie de quelque importance.

II. — CONDUITE A TENIR EN CAS D'ADHÉRENCE ANORMALE DU PLACENTA.

Si, malgré les contractions utérines, malgré le massage et l'expression, l'arrière-faix ne quitte pas le corps de l'utérus, et cela au bout d'une heure ou d'une heure un quart, c'est qu'il existe des adhérences anormales du placenta. En pareil cas, l'expression est impuissante ; les tractions sur le cordon n'auraient d'autre résultat que de briser la tige funiculaire ou de créer une inversion utérine. La seule conduite logique consiste à pratiquer la délivrance artificielle.

1. — Technique de la délivrance artificielle.

Quant cette opération est indiquée par l'inertie utérine compliquée d'hémorragie, on n'a, habituellement, pas le temps de faire grand préparatif ; du moins, à moins d'urgence extrême, prendra-t-on le temps de se laver les mains et de se les passer à l'alcool. Il en est autrement quand on agit pour adhérence anormale du placenta. Dans ce cas, rien ne presse, car la femme perd peu et souvent même pas du tout; on prendra donc tout le temps nécessaire pour se préparer et préparer l'accouchée, comme s'il s'agissait d'une véritable opération chirurgicale. Aucune intervention, en effet, ne risque, au

point de vue infection puerpérale, d'être plus dangereuse ; redoublons donc les précautions habituelles d'asepsie.

Préparatifs. — L'opérateur se stérilise longuement les mains par lavage et brossage à l'eau chaude et au savon, puis immersion dans l'alcool. Ces précautions sont d'autant plus nécessaires qu'il est presque impossible, pour cette opération, de faire usage de gants de caoutchouc.

La femme est placée en *position obstétricale*, deux personnes lui tenant les membres inférieurs fléchis et en abduction. Si on en a le temps, et si son état le permet, on l'anesthésie au chloroforme, ou mieux à l'éther, surtout s'il y a eu quelque hémorragie. L'anesthésie est inutile quand la femme n'est pas pusillanime et que l'adhérence placentaire est faible; dans le cas contraire, elle devient indispensable pour mener à bien l'intervention. On rase les grandes lèvres et on savonne très soigneusement la vulve et le vagin ; la vessie est sondée; enfin on termine cette toilette par une injection vaginale à l'eau bouillie ou à l'eau oxygénée. Une large compresse stérilisée est placée sur l'abdomen, de façon à bien recouvrir la région correspondant à l'utérus; près de l'opérateur, on disposera une cuvette d'eau bouillie, où il pourra, de temps en temps, plonger la main.

Manuel opératoire. — *La main gauche, empaumant largement et solidement l'utérus au travers* de la paroi abdominale qu'elle déprime, fixe cet organe et l'abaisse vers le pelvis, comme au-devant de la main droite qui va y pénétrer. Celle-ci, en effet, enduite de vaseline stérilisée sur sa face dorsale, dispose ses doigts en cône et les insinue d'abord dans le vagin, puis, en suivant le cordon, dans le col utérin parfois difficile à reconnaître, puis dans le très flasque segment inférieur, enfin au travers de l'anneau de contraction de Bandl, toujours facilement senti, en plein corps utérin. A ce moment, la main s'étale et va reconnaître le siège du placenta : celui-ci fait à la surface de l'endomètre une saillie assez peu prononcée, et à laquelle aboutit le cordon qui permettra, toujours, dans les cas les plus difficiles, de ne pas errer. Il s'agit maintenant : 1° de décoller ce placenta ; 2° de l'extraire.

1° *Décollement de l'arrière-faix.* — Les doigts essaient de s'insinuer entre les membranes et la paroi utérine ; si les membranes ne sont pas décollées, cette voie n'est pas possible et force est à la main de manœuvrer dans la cavité amniotique et d'aborder le placenta en passant au travers du sac membraneux, au niveau de son insertion. Quoi qu'il en soit, *c'est toujours par son bord qu'il faut commencer le décollement du placenta.* Les doigts insinuent donc

leurs extrémités entre ce bord et la partie correspondante de l'utérus, et, *tandis que la main gauche immobilise strictement cet organe*, ils progressent de plus en plus vers le centre de l'*area* placentaire, décollant les cotylédons, soit rapidement, par un bref clivage, si l'adhérence est faible, soit plus ou moins péniblement, centimètre par centimètre, si l'adhérence est tenace.

Quand l'arrière-faix est inséré à droite, sur le fond ou sur les faces, la main droite agit assez bien à son aise ; mais, s'il est nettement à gauche, elle doit céder la place à la main gauche, beaucoup plus habile en pareil cas.

Si les adhérences sont très puissantes, ce travail de décollement devient particulièrement laborieux. En pareil cas, on peut se trouver dans la nécessité de délaisser le bord placentaire, si l'on n'arrive pas à y trouver, en aucun point, un plan de clivage, pour attaquer le placenta par un point quelconque de sa surface, en y faisant pénétrer l'index par des mouvements de vrille. A la faveur de la brèche ainsi créée, on réussira sans doute à décoller un ou deux cotylédons, puis à poursuivre ce travail, non plus de la périphérie vers le centre, mais du centre vers la périphérie. Parfois, l'adhérence étant extrême, le placenta ne pourra être extrait que par lambeau : les doigts ne s'attaquent qu'à une portion restreinte du placenta à la fois ; ils saisissent cette portion, — cotylédon ou fragment du cotylédon, — entre le pouce, l'index et le médius, et la pétrissent, la malaxent, la détachent, petit fragment par petit fragment. Ce travail, extrêmement laborieux, va durer peut-être un quart d'heure, vingt minutes et plus ; de temps en temps, la main sera retirée et plongée dans la cuvette d'eau stérilisée, pour reprendre la tâche, après un bain reposant d'une à deux minutes. On ne s'arrête qu'après s'être bien rendu compte qu'il ne reste plus de placenta adhérent à l'utérus.

2° ***Extraction de l'arrière-faix***. — Si le placenta n'a pu être détaché que par fragments, ceux-ci sont entraînés à l'extérieur au fur et à mesure de leur arrachement ; mais, dans la plupart des cas, il n'en est pas ainsi, et le gâteau placentaire peut être décollé en entier et dans son intégrité, avant d'être extrait hors de l'utérus. A ce moment, mais à ce moment seulement, *c'est-à-dire lorsque la main, prenant à pleine main l'arrière-faix, se sera bien assurée qu'il n'adhère plus en aucun point à l'utérus*, on peut songer à l'entraîner hors de la matrice. Pour ce faire, *on attend la venue d'une contraction utérine*, et, chassée par celle-ci, la main droite se retire, entraînant l'arrière-faix, tandis que la main gauche continue à exprimer et à abaisser la matrice.

Quand le placenta est dans le vagin, on lui fait franchir *doucement* l'anneau vulvaire, comme au cours de la délivrance naturelle, ce qui permet aux membranes d'achever leur décollement. Celles-ci sont ensuite extraites comme il a été dit précédemment (Voy. p. 349).

L'*examen de l'arrière-faix* sera alors pratiqué (Voy. p. 350) avec plus de soin que jamais; on remettra la main *in utero* tant qu'il y reste quelque chose. D'ailleurs, alors même que l'arrière-faix paraît complet, *il est indiqué de toujours remettre la main dans l'utérus* pour en vérifier la cavité et s'assurer ainsi et de sa vacuité et de son intégrité.

Soins consécutifs. — Sitôt après l'intervention, on pratique une *injection intra-utérine* iodo-iodurée (Voy. p. 388) de préférence; si la femme perd, on termine par le tamponnement (Voy. p. 364). Et, les jours suivants, cette femme sera l'objet d'une surveillance toute spéciale.

Accidents de la délivrance artificielle. — Ils peuvent consister en :

1° *Perforation de l'utérus.* — Elle se produit quand l'adhérence placentaire est extrême. On se mettra à l'abri de cet accident en n'abandonnant jamais, de la main gauche qui la tient, la matrice, pendant que la main droite décolle l'arrière-faix. La constatation d'une telle lésion imposerait le traitement chirurgical (Voy. p. 394).

2° *Abandon de débris cotylédonaires dans l'utérus.* — Si, quoi qu'on fasse, tout n'a pas été extrait, on pratiquera un tamponnement serré de l'utérus (Voy. p. 364); puis, au bout de trente-six ou quarante-huit heures, alors que la matrice est rétractée, on enlèvera par curettage (Voy. p. 385) ces débris que les doigts n'ont pu arracher.

3° *Infection utérine.* — C'est là l'accident habituel; nous dirons ultérieurement comment il convient y remédier (Voy. p. 393).

III. — CONDUITE A TENIR EN CAS D'INCARCÉRATION DE L'ARRIÈRE-FAIX.

Le placenta peut être retenu dans la cavité utérine par suite de la rétraction tétanique de la totalité ou d'une portion de la matrice. Très exceptionnellement, il s'agit d'une contraction du col; presque toujours, c'est l'anneau de Bandl qui est en cause, fermant, d'une manière plus ou moins complète, le corps utérin, au-dessous duquel pend, flasque et mou, le segment inférieur; dans des cas moins fréquents, le placenta est enchatonné dans l'une des cornes. Tous ces accidents étaient fréquents lors de l'emploi de l'ergot de seigle; ils s'observent plus rarement maintenant que l'on sait se conformer

à *cette loi, absolue, qui commande de ne jamais administrer ce médicament tant que la cavité utérine contient le fœtus ou ses annexes.* Toutefois il pourra se produire encore à la suite des accouchements dystociques, lorsque des manœuvres intra-utérines auront sollicité cet organe à se rétracter. On se souviendra également que toute traction sur le cordon, alors que le placenta est encore dans l'intérieur de la matrice, peut causer cette très sérieuse complication.

I. **Incarcération par rétraction de l'anneau de Bandl.** — Chez une femme *qui ne perd pas*, la délivrance ne se fait pas; on touche, et on s'aperçoit qu'on ne peut pénétrer dans l'utérus qu'au travers d'un anneau, haut situé, très résistant, et limitant un orifice plus ou moins étroit. Que faut-il faire?

A. *On commencera par attendre pendant une heure ou deux*, la femme ne perdant pas. Durant ce temps, *on se garde bien d'exciter l'utérus par aucune manœuvre externe ou interne*, qui n'aurait d'autre résultat que d'accentuer la contracture; on se borne à surveiller, par un palper superficiel, son état de dureté, s'abstenant de tout massage, de tout toucher, de toute injection. Il est même bon de pratiquer tout de suite une *injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine.* Pendant ce temps, la rétraction va pouvoir céder spontanément, et il sera alors facile de faire la délivrance comme à l'ordinaire. Si cette heureuse éventualité ne se produit pas, l'attente prendra fin, et on agira comme nous allons le dire.

B. *La femme sera anesthésiée profondément*, au chloroforme ou à l'éther, comme s'il s'agissait d'entreprendre une opération chirurgicale, et mise en position obstétricale; la vulve et le vagin seront soigneusement désinfectés par un lavage à l'eau chaude et au savon, puis par une injection à l'eau oxygénée, par exemple. L'accoucheur, après s'être aseptisé minutieusement les mains, va tenter la *délivrance artificielle.* Cette opération sera faite suivant les règles exposées antérieurement (Voy. p. 354), mais elle présentera un point de technique spécial, à savoir : la pénétration de la main, au travers de l'anneau rétracté, dans le corps utérin. Pour ce faire, la main gauche immobilisant strictement l'utérus à travers l'abdomen, la main droite, introduite dans le segment inférieur, insinue dans cet anneau d'abord l'index, puis le médius. Ces deux doigts, restant quelque temps en place, dilatent l'orifice à la façon de bougies de Hégar; au bout de quelques minutes, on peut introduire un troisième doigt, puis un quatrième; ils vont exercer alors une sorte de massage périphérique et permettre, finalement, à la main entière de passer. Le reste de l'opération se poursuit comme à l'ordinaire. Ce tra-

vail est long et fatigant; parfois, ce n'est qu'au bout d'une heure de tentatives que l'obstacle se laisse forcer.

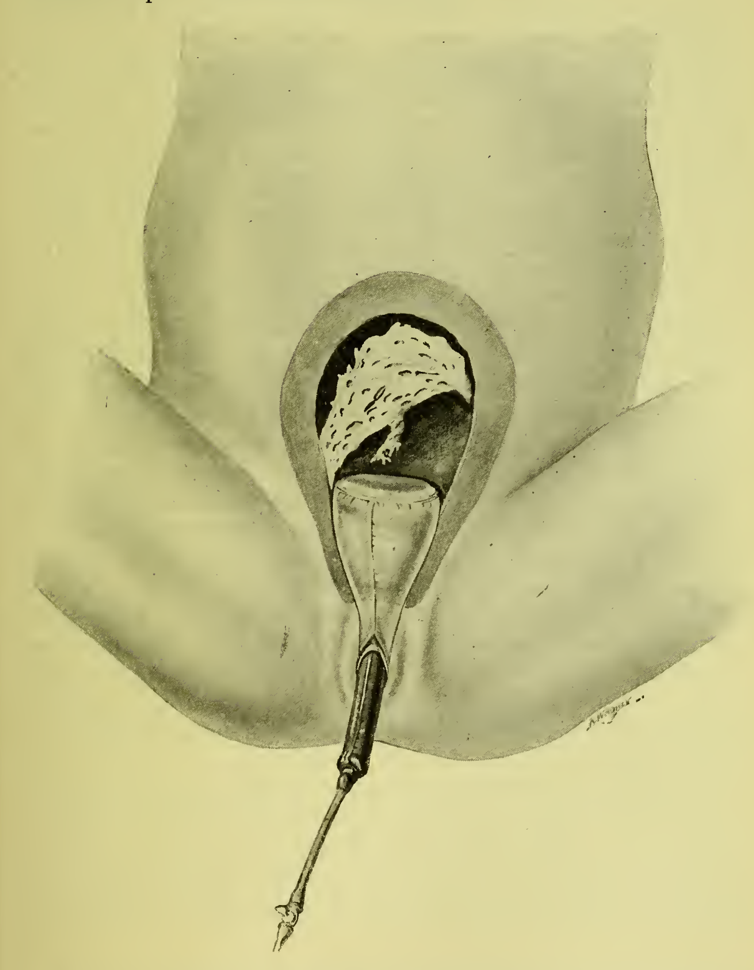


Fig. 162. — *Incarcération du placenta :* dilatation lente de l'anneau de contraction à l'aide d'un gros ballon.

C. ***En cas d'échec***, il n'y a pas à continuer indéfiniment ces tentatives; il faut alors s'adresser *à la dilatation lente effectuée par un gros ballon* (fig. 162). La femme étant toujours endormie, on déprime le périnée à l'aide d'une valve courte et large, et on abaisse le col au

moyen d'une large pince de Museux. Un gros ballon de Champetier, de 1 000 grammes environ, est alors introduit *au-dessus de l'anneau rétracté*, en plein corps utérin, par une manœuvre absolument semblable à celle que nous avons décrite pour l'introduction de ce ballon au-dessus du col (Voy. p. 50). Après l'avoir gonflé, on cesse l'anesthésie. Ce ballon restera en place, vingt-quatre, trente-six heures; pendant ce temps, on fera, deux ou trois fois par jour, une piqûre de 1 centigramme de morphine, et on y joindra des lavements de chloral (3 à 4 grammes pour 100 grammes de lait). Peu à peu, le spasme cessera, et finalement l'utérus expulsera le ballon, suivi du placenta, qu'il serait facile d'aller chercher s'il ne sortait pas spontanément.

D. ***Si, quoi qu'on fasse, il est impossible de pratiquer la délivrance***, il n'y a plus qu'à faire l'*hystérectomie*, après un délai maximum de quarante-huit heures à compter du moment de la délivrance (Voy. *Gynéc.*). Cette indication, tout à fait exceptionnelle il est vrai, est formelle lorsqu'elle se présente.

II. **Enchatonnement du placenta dans une corne.** — Le traitement se calque, dans ses grandes lignes, sur ce que nous venons de dire ; c'est encore à l'expectation, puis au chloroforme et à la morphine qu'il faudra avoir recours. La délivrance artificielle présentera cette même difficulté de nécessiter la dilatation préalable de l'anneau de rétraction, difficulté qui s'accroît ici de ce fait que cet anneau est beaucoup plus haut situé que dans le cas précédent.

Il faut se méfier des *enchatonnements partiels* : la presque totalité du placenta est dans le corps utérin et aisément extraite, mais une portion est emprisonnée dans la corne et pourrait y être facilement oubliée si l'on n'examinait pas très méticuleusement l'arrière-faix (Voy. p. 350).

L'échec des tentatives de délivrance immédiate commanderait, ici encore, l'essai de dilatation lente soit par le ballon, alors très difficile à poser, soit plutôt grâce à un *tamponnement* à la gaze stérilisée, poussé dans la corne rétractée, suivi, après vingt-quatre heures, de nouvelles tentatives d'extraction ; leur non-réussite nécessiterait comme *ultima ratio* l'hystérectomie.

§ 2. — ACCIDENTS DE LA DÉLIVRANCE.

I. — LES HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE.

C'est là l'accident habituel, celui, en tout cas, qui peut devenir le plus brusquement dangereux. Cette hémorragie pouvant mettre,

en quelques instants, l'accouchée en danger de mort, il importe de savoir très exactement ce qu'il y a à faire, afin de l'exécuter dans le plus bref délai.

Du *traitement préventif* nous n'avons rien à dire ici : c'est en effet l'observance des règles que nous avons décrites en étudiant la délivrance normale (Voy. p. 347), et, en particulier, la recherche quasi constante de l'état de rétraction du muscle utérin. Le *traitement proprement dit* doit répondre à deux indications : 1° il doit arrêter l'hémorragie ; 2° il doit combattre l'anémie aiguë qui en est la conséquence.

I. — Des moyens destinés à arrêter l'hémorragie.

On s'assure d'abord que l'hémorragie reconnaît pour cause l'*inertie utérine*, et non pas une lésion traumatique de la vulve (Voy. p. 321), du col (Voy. p. 332) ou de l'utérus (Voy. p. 334) ; le fait de trouver, par le palper, l'utérus mou, difficile à délimiter, distendu, et d'en faire sortir, par expression, un flot de sang liquide et de caillots, ne laisse à cet égard aucun doute. Ce diagnostic bien posé, la conduite à tenir varie suivant que la délivrance est faite ou non.

I. **La délivrance n'est pas faite.** — 1° ***On commence par malaxer l'utérus***, en en frottant toute la surface avec la main appliquée sur la paroi abdominale et *en l'exprimant* (Voy. p. 348) pour le vider du sang qu'il contient et favoriser ainsi sa rétraction. On peut, à titre adjuvant, donner une *injection vaginale, à 48°*, de 2, 3 ou 4 litres.

2° ***Si l'hémorragie persiste, il faut délivrer la femme sans plus tarder.*** — On s'adressera, d'abord, à l'*expression utérine* (Voy. p. 348), qui a le grand avantage de ne pas nécessiter la désinfection des mains et de pouvoir ainsi être faite sans perte de temps. Cette expression devra être énergique. Si l'accident qu'elle cause souvent, la déchirure des membranes, se produit, il sera toujours facile, une fois le placenta sorti et le danger d'hémorragie écarté, d'aller les extraire après avoir pris le temps de s'aseptiser les mains (Voy. p. 354).

3° ***Si l'expression n'arrive pas à expulser rapidement le placenta, il faut, sans plus attendre, se mettre en devoir de pratiquer la délivrance artificielle.*** — Dans les cas d'extrême urgence, l'hémorragie risquant d'être foudroyante, on ne prendra même pas le temps de se laver les mains ; mais, d'ordinaire, et surtout si l'on est assisté par une personne compétente, on prendra les

soins aseptiques habituels. Pendant les quelques minutes que ces soins nécessiteront, l'aide usera de moyens d'*hémostase provisoire* consistant d'abord dans le massage et l'expression de l'utérus, *que la main ne doit pas quitter* après l'avoir fait rétracter tant bien que mal, et, si cela ne suffit pas, dans la *compression de l'aorte* : quatre doigts étendus et juxtaposés dépriment la paroi abdominale, au niveau de l'ombilic, par-dessus, par conséquent, le fond de l'utérus, et vont sentir les battements aortiques, un peu à gauche de la ligne médiane; ils prennent contact avec cette région et y appuient jusqu'à ce que les battements cessent. Cette compression sera maintenue tant que l'opérateur n'est pas prêt à introduire la main dans l'utérus. La délivrance artificielle est faite alors comme d'habitude (Voy. p. 354); ici il est plus que jamais indispensable de ne retirer la main que lorsque survient une contraction utérine. Puis on enlève les caillots qui encombrent la matrice, et ceci à deux ou trois reprises, s'il est nécessaire. On termine, comme toujours, par une injection intra-utérine à 50°, et il est prudent de faire le tamponnement (Voy. p. 364). Le reste du traitement ne saurait différer de ce que nous allons étudier dans le cas suivant.

Il y aurait danger, toutes les fois que l'hémorragie est quelque peu importante, *à changer de place l'accouchée*; on la laissera donc couchée à plat dans son lit, en glissant simplement un bassin sous le siège, pour pratiquer la délivrance artificielle.

II. **La délivrance est faite.** — Ce n'est guère que durant les deux premières heures qu'il y a lieu de redouter une hémorragie sérieuse; d'ailleurs, les risques s'atténuent au fur et à mesure que le temps s'écoule. Si, alors qu'il ne contient plus l'arrière-faix, l'utérus, inerte, se met à saigner, que faut-il faire?

1° *On commence par masser l'utérus au travers de la paroi abdominale*, et par l'exprimer s'il se laisse distendre par le sang.

En même temps, on administre à la femme une *ou deux injections vaginales à 48 ou 50°*. De plus, maintenant que l'utérus est vide, on peut avoir recours à l'*ergot de seigle* : une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'ergotine, que l'on répète, s'il est nécessaire, au bout de vingt à trente minutes, peut favoriser la rétraction utérine.

2° *Si l'hémorragie continue, introduisons la main dans l'utérus*, après l'avoir soigneusement aseptisée, sans changer la femme de position. Cette main va *débarrasser la cavité utérine des caillots qui l'encombrent* et, par sa présence, exciter la fibre musculaire et l'engager à se rétracter.

3° Après cette manœuvre, *on fera une injection intra-utérine* ;

l'inertie utérine constituant l'indication principale de cette intervention, c'est ici que nous en décrirons la technique une fois pour toutes.

Technique de l'injection intra-utérine. — Dans la grande majorité des cas, il est inutile, pour faire cette injection, de mettre la femme en position obstétricale; quand il s'agit de combattre l'inertie lors de la délivrance, la femme sera toujours laissée couchée en long dans son lit; on se contente de glisser un bassin sous le siège. On peut, dans ces mêmes conditions, faire usage de n'importe quelle canule, la large béance de l'orifice cervical permettant alors

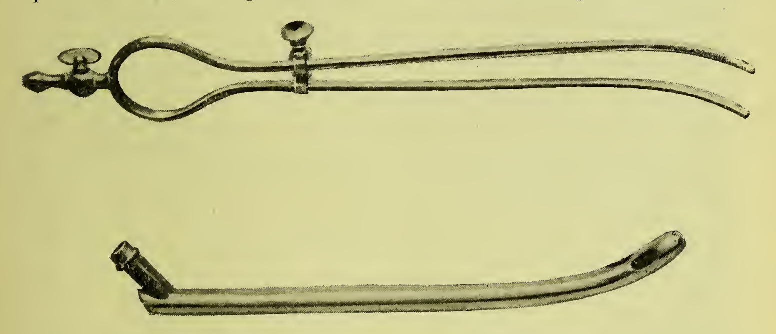


Fig. 163. — *Deux bonnes sondes intra-utérines :* en haut, la sonde en lyre, de *Doléris* ; en bas, la sonde en fer à cheval, de *Budin*.

l'entrée de toute sonde; quand la femme est accouchée depuis quelques jours, il n'en est plus de même, et la canule vaginale sera remplacée par une *sonde intra-utérine à double courant*, la sonde de Doléris, ou la sonde de Budin (fig. 163). Comme liquide, on se servira d'*eau bouillie chaude* (en cas d'hémorragie, la température de cette eau doit être de 48 à 50°), additionnée au besoin de permanganate de potasse (1 gramme p. 1 000) ou de la solution iodo-iodurée. L'eau oxygénée, au moment de la délivrance, serait peut-être dangereuse comme pouvant donner naissance à une embolie gazeuse; il n'en est pas de même deux ou trois jours plus tard.

On commence par savonner soigneusement la vulve, l'irriguer à l'eau chaude, et laver le vagin à l'aide d'une injection d'eau bouillie ou d'eau oxygénée. Ceci fait, l'opération proprement dite va comprendre deux temps : *a.* l'accoucheur, placé à droite de la femme, introduit dans le vagin l'index et le médius droits et va à la recherche du col, dans lequel il fait pénétrer l'extrémité de ces deux doigts, la main droite étant en supination de façon à tourner sa face palmaire vers la symphyse.

La main gauche saisit alors la sonde intra-utérine, au niveau de son tiers externe, et, après l'avoir soigneusement expurgée d'air, en appuie le bec sur la gouttière conductrice formée par les doigts de la main droite pour la mener jusque dans l'orifice cervical.

b. Pour faire pénétrer la sonde du segment inférieur où elle se trouve actuellement dans le corps même de l'utérus, il faut se rappeler que *la matrice est normalement en antéflexion* : pousser la sonde droit devant soi serait donc s'exposer à traverser la paroi postérieure de cet organe. On la guidera suivant la bonne direction de la manière suivante : les doigts de la main droite quittent le vagin ; ils prennent la sonde que leur cède la main gauche, et *en abaissent le pavillon au maximum* comme pour le mettre en contact avec le plan du lit, tandis que la main gauche, ainsi libérée, prenant contact avec la paroi abdominale, *redresse l'utérus* en appuyant, d'avant en arrière, sur sa face antérieure. On finit alors d'entrer la sonde en la poussant très doucement dans le corps utérin. Pendant tout le temps que dure l'injection, qui sera faite sous basse pression (50 centimètres tout au plus), la main gauche malaxe l'utérus ; enfin on retire la canule avant que le bock ne soit complètement vide, et la main exprime une dernière fois l'utérus pour en faire sortir le liquide qui pourrait y rester accumulé.

4° Enfin, si l'inertie utérine ne prend pas fin, malgré tous ces moyens, on aura recours au ***tamponnement utéro-vaginal.***

Technique du tamponnement utéro-vaginal. — On peut le faire de deux manières, suivant l'état de la femme :

1° Quand la femme est dans un état tel qu'il serait imprudent de la déplacer, on tamponnera l'utérus, *à la main*, sans l'emploi d'instruments, la malade restant étendue sur son lit. Pour ce faire, on prend une *bande de gaze stérilisée* (ou de gaze au perborate) large de 10 à 15 centimètres et longue de 10 à 15 mètres (fig. 164). Le chef de cette bande est saisi entre les doigts de la main droite, dont on aura soin de vaseliner la face dorsale ; les doigts le porte, au travers du col largement béant en pareil cas, jusque dans le fond de l'utérus, que la main gauche, placée sur la paroi abdominale, immobilise et abaisse au maximum. Puis la main droite, se retirant de quelques centimètres, mais sans sortir de l'utérus, saisit une nouvelle portion de la bande et l'introduit en la tassant, à la suite de la première, et ainsi de suite, en veillant bien à ce que *la totalité de l'utérus soit tamponnée*, la gaze comblant d'abord le fond et les cornes puis le corps, puis le segment inférieur. Le tamponnement est poursuivi de la même façon dans le vagin, dont on emplit les culs-de-sac d'abord, puis toute la hauteur jusqu'à la vulve ; sur celle-ci,

on applique enfin un pansement aseptique (compresses de gaze et ouate hydrophile) maintenu en place par un bandage en T. Ce tamponnement, s'il est bien fait, met fin à toute hémorragie ; on le retirera *au bout de douze à vingt-quatre heures.*

2° Quand la femme, moins anémiée, peut être déplacée sans danger, mieux vaut la mettre en *position obstétricale* et faire le tamponnement utéro-vaginal *à l'aide d'instruments* (fig. 165). La vulve et le vagin



Fig. 164. — *Manière de présenter une bande à tamponnement*, en la préservant de tout contact.

ayant été soigneusement lavés, une valve courte et large déprime, s'il en est besoin, le périnée ; une forte pince de Museux, à mors aussi émoussés que possible, est jetée sur la lèvre antérieure du col, qu'elle doit saisir largement, et l'abaisse à la vulve. L'opérateur, assis en face de la malade, saisit le chef initial de la bande de gaze avec une pince à pansement et le porte jusqu'au fond de l'utérus, tandis que la main gauche prend contact, au travers de la paroi abdominale, avec cette région. Puis, la pince ramenée un peu en dehors saisit

une nouvelle portion de la gaze et l'introduit, en la tassant près de la première, et ainsi de suite, jusqu'à la vulve, ainsi qu'il a été dit plus haut.

En cas de dénûment, des compresses de gaze, nouées bout à bout,

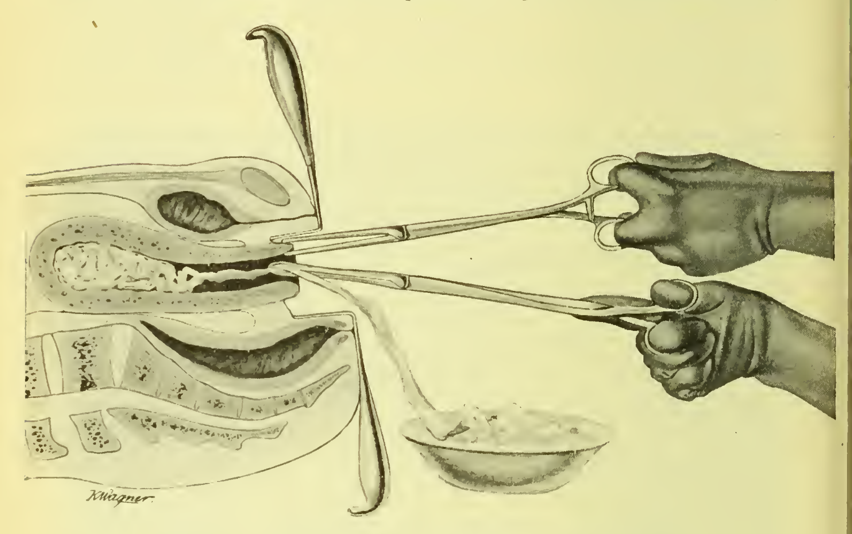


Fig. 165. — *Tamponnement utéro-vaginal*, après la délivrance.

suivant leur diamètre diagonal, remplaceraient la longue bande, mais beaucoup moins commodément.

II. — Moyens destinés à combattre l'anémie aiguë post-hémorragique.

Arrêter l'hémorragie n'est pas tout, il faut combattre l'état de shock, souvent très accusé, de la malade, et l'anémie aiguë, conséquence de la perte de sang. Ce traitement général, qui doit être mis en action, sans attendre, en même temps que l'on agit localement, convient non seulement aux hémorragies de la délivrance, mais à toutes les autres, celles du *placenta prævia*, de la rupture d'une grossesse tubaire, de la rupture utérine, etc.

Voici donc ce qu'il convient de faire :

I. **La femme sera couchée complètement à plat.** — Elle sera tout à fait à plat, sans oreillers ni traversin, de façon à placer la tête aussi bas que possible ; on lui prescrira d'étendre les bras le

long du corps et de garder *la plus stricte immobilité*. Si la perte est réellement grave, il y a même intérêt à mettre l'accouchée en position *inversée*, du moins dans la mesure du possible ; on y arrive en surélevant les pieds du lit à l'aide de briques ou de livres.

Cette position favorise l'afflux du sang vers les centres nerveux ; on pourra encore agir dans le même sens, en refoulant le sang des membres à l'aide de bandes de toile ou de crépon que l'on enroule, de l'extrémité vers la racine, autour des membres inférieurs et supérieurs. Cette *auto-transfusion* peut être un moyen provisoire permettant d'attendre la préparation des injections de sérum dont nous allons parler.

II. **On a soin de réchauffer la malade « intus et extra ».** — Extérieurement, on la couvre de draps et de couvertures chaudes ; on place, le long des cuisses, des boules d'eau chaude, soigneusement bouchées et enveloppées de serviettes, de façon à ne pas risquer la production de brûlures que l'état d'insensibilité de la femme pourrait rendre très profondes. A l'intérieur, on lui fait absorber des *boissons chaudes* et *alcoolisées* : thé au rhum, grog, potion de Todd, vin chaud additionné de citron. Ces liquides doivent être administrés par *petites quantités* : deux ou trois cuillerées à la fois ; autrement ils risqueraient de produire des vomissements.

III. **Inhalations d'oxygène.** — Ces inhalations calment la soif d'air qu'accuse la malade et qui lui fait souvent demander que l'on ouvre les fenêtres toutes grandes, ce que, d'habitude, il faut lui refuser par crainte du refroidissement.

IV. **Caféine, éther, huile camphrée.** — Employés tour à tour, ils rendent de très utiles services pour relever la tension cardiaque et combattre l'asthénie nerveuse. La caféine peut être administrée en injections sous-cutanées ; mais l'huile camphrée et surtout l'éther doivent toujours être injectés, *profondément*, en plein muscle : l'oubli de cette précaution pourrait être cause, s'il s'agit d'éther, de plaques de sphacèle du derme laissant après la chute des escarres, des pertes de substances très longues à combler. Il est inutile d'ajouter que les précautions aseptiques habituelles ne sont pas négligées, à moins d'extrême urgence ; il faut, en effet, chez des malades aussi profondément anémiées, éviter toute cause ultérieure d'infection.

V. **Injections de sérum artificiel.** — Elles constituent le principal élément du traitement. Nous ne saurions trop recommander au praticien de s'en munir toujours par avance lorsqu'il a à faire un accouchement loin d'un centre où il pourrait s'en procurer aisément. Sans doute, il est facile d'en fabriquer *en mettant*

une bonne cuillerée à café de sel de cuisine dans 1 litre d'eau : mais le temps de faire bouillir cette eau, puis de la laisser refroidir à la température voulue, est bien souvent en désaccord avec l'urgence de l'indication.

Le sérum artificiel peut être injecté par deux voies : la voie sous-cutanée et la voie intraveineuse.

1° Les *injections sous-cutanées de sérum* constituent la méthode habituelle et suffisante dans la grande majorité des cas. Cette injection sera faite, de préférence, au niveau de la face externe des cuisses ; au niveau de la paroi abdominale, elle gênerait la main qui doit, sans cesse, surveiller l'utérus. Rien n'est plus aisé, d'ailleurs, si l'on dispose de deux aiguilles et de deux ampoules, que de pratiquer l'injection dans les deux cuisses à la fois. La dose à injecter, variable suivant l'importance de l'hémorragie, oscillera entre 500 et 1 200 grammes. Il est bien entendu que le sérum sera toujours chauffé, vers 38 ou 39°, au moment d'être introduit dans l'organisme.

2° L'*injection intraveineuse* est un moyen héroïque, mais qu'il faut réserver aux cas vraiment graves ; elle est, alors, capable de causer de véritables résurrections, et tout accoucheur a vu des malades, exsangues et sans pouls, revenir à la vie au cours même de cette injection. Bien que cette méthode ne soit pas propre à l'obstétrique, elle peut rendre à l'accoucheur de tels services que nous croyons utile d'en décrire ici la technique.

Technique de l'injection intraveineuse de sérum. — Il faut préparer : un bistouri, une pince à griffe, une sonde cannelée, une pince de Kocher, une aiguille de Reverdin, une aiguille à sérum plutôt courte et large ; on aura, en outre, une bande de toile ou un drain de caoutchouc en guise de compresseur. Le récipient, ampoule ou bouteille, contenant le sérum (1 000 à 1 500 grammes), est placé, au bain-marie, dans un autre vase plus grand contenant de l'eau chaude, de façon à le ramener à une température voisine de 39° environ.

L'opérateur commence par nettoyer à la teinture d'iode la région où doit se faire l'injection ; c'est très habituellement le pli du coude, dont on rend les veines saillantes, absolument comme s'il s'agissait d'une saignée, en comprimant le bras à l'aide d'une bande de toile, ou plus aisément d'un drain dont les deux chefs entrecroisés sont maintenus en place par une pince de Kocher. Cette région est enfin frottée à l'alcool, puis à l'éther. Saisissant, avec la pince à griffe, les téguments au-dessus de la partie moyenne de la veine médiane céphalique (ou, si celle-ci n'est pas visible, de la

médiane basilique, et, plus généralement, de toute autre veine qui semble suffisamment turgescente), on incise avec le tranchant du bistouri ces téguments, perpendiculairement à la direction de la veine, et sur une longueur de 2 centimètres environ ; cette incision ne cause qu'une légère douleur et ne nécessite nullement l'emploi de l'anesthésie générale ou locale ; on aura bien soin de ne couper *que les téguments*, une incision plus profonde risquant de blesser la veine. Avec la sonde cannelée, on dénude rapidement, par petits coups brefs et parallèles à sa direction, la veine sur une largeur de 2 à 3 centimètres, et on la charge enfin sur cette sonde cannelée. L'aiguille de l'appareil à sérum, très soigneusement expurgée d'air, est alors introduite, dans la face antérieure du vaisseau, de bas en haut, et dans le sens de sa longueur ; elle doit y pénétrer *le plus tangentiellement possible* ; autrement elle risquerait d'en perforer la paroi postérieure. On lève alors la ligature, et le liquide pénètre assez rapidement. Si, au lieu d'une aiguille, on avait employé un petit trocart mousse, on aurait soin d'ouvrir la veine avec la pointe du bistouri, sur une étendue de 1 centimètre tout au plus. Le seul accident possible est la transforation de la veine, d'où pénétration du sérum dans les tissus périvasculaires ; la région ne se prêtant pas à ce mode d'injection, il faudrait aussitôt retirer l'aiguille et recommencer l'opération sur une autre veine.

Une fois l'injection terminée, on suture rapidement la brèche extérieure à l'aide de deux crins de Florence, et on applique un pansement aseptique (ouate hydrophile maintenue en place par une bande de toile ou de tarlatane),

VI. **Traitement ultérieur.** — Pendant quelques jours, la femme restera dans un état d'anémie d'autant plus prononcée que l'hémorragie aura été plus importante. On combattra cet état de la manière suivante :

a. L'accouchée *restera couchée sur le dos et à plat.* On lui interdira toute visite, toute conversation ;

b. Chaque jour, elle recevra une *injection sous-cutanée de 250 à 300 grammes de sérum* ;

c. Elle absorbera des aliments nutritifs, mais de facile digestion : lait, œufs crus battus dans du bouillon, viande crue ;

d. Elle prendra une préparation de fer, telle que la teinture de Mars tartarisée (XX gouttes matin et soir).

II. — INVERSION UTÉRINE.

Nous ne parlerons ici, bien entendu, que de l'*inversion aiguë*, telle qu'elle apparaît au moment de la délivrance, l'inversion chronique

ne rentrant pas dans le domaine de l'obstétrique. Ce très rare, mais très grave accident doit pouvoir être évité dans la majorité des cas ; aussi devons-nous commencer par en décrire le traitement prophylactique.

I. — Traitement prophylactique.

Pour éviter de produire une inversion utérine, on se souviendra que les deux conditions qui lui donnent naissance sont :

1° L'inertie utérine ;

2° Les tractions sur le cordon, alors que le placenta n'est pas décollé, alors surtout qu'il est anormalement adhérent, ce qu'on ne peut jamais savoir d'avance.

C'est dire que la prophylaxie de cet accident consiste :

1° **A traiter l'inertie utérine** (Voy. p. 353) ;

2° **A ne jamais exercer de tractions sur le cordon**, tant que le placenta n'est pas descendu dans le vagin.

I. — Traitement proprement dit.

Ce traitement doit répondre à deux grandes indications :

1° **Il faut relever l'état général de la malade**, c'est-à-dire combattre le shock et l'anémie aiguë post-hémorragique. Pour ce faire, on usera de tous les moyens que nous venons d'indiquer à propos des hémorragies de la délivrance (Voy. p. 366).

2° **Il faut réduire l'inversion le plus tôt possible.** — C'est là un principe absolu ; la discussion doit uniquement porter sur le choix de la technique opératoire. Or, à cet égard, le cas est tout à fait différent, suivant que *l'inversion est incomplète*, le fond de l'utérus retourné ne dépassant pas l'anneau de Bandl, ou qu'*elle est complète*, le fond de l'utérus arrivant jusqu'au-dessous du col, dans le vagin, ou même hors de la vulve. Facile dans le premier cas, la réduction peut, dans le second, présenter les plus sérieuses difficultés.

1. **L'inversion est incomplète.** — La femme étant laissée couchée en long dans son lit, on surélève le siège, en glissant au-dessous un bassin. L'accoucheur, après avoir pris les précautions aseptiques habituelles, introduit la main droite dans l'utérus, franchit l'anneau de Bandl, pratique, séance tenante, la délivrance artificielle (Voy. p. 354) si la femme n'était pas délivrée, et saississant avec l'extrémité des doigts écartés la cupule utérine, la repousse de bas en haut, la *rebrousse* en quelque sorte, tandis que la main gauche, placée sur l'abdomen, immobilise l'utérus. Ceci fait, on attend, pour retirer la main, qu'une contraction utérine sur-

vienne ; puis on donne une injection intra-utérine à 50° (Voy. p. 362) ; enfin on pratique le *tamponnement utéro-vaginal* (Voy. p. 364). Il est bon de faire, à ce moment, une piqûre d'ergotine.

II. **L'inversion est complète.** — Si la délivrance n'est pas faite, on doit s'en occuper avant toute tentative de réduction : le placenta est donc décollé, ainsi que les membranes, de la surface utérine retournée et mise à nu par l'inversion. On pourra cependant attendre, pour faire cette délivrance, que l'utérus soit remis en place, dans le cas où l'arrière-faix étant complètement adhérent et l'utérus totalement inerte on redouterait, à juste titre, une hémorragie trop abondante ; en pareil cas, on réduit d'abord l'utérus, puis, une fois la matrice en place et revenue sur elle-même, on procède secondairement à la délivrance artificielle.

Cette réduction, beaucoup moins aisée que dans le cas précédent, sera tentée de la façon suivante :

1° *On s'adresse d'abord à la réduction manuelle.* — La femme étant en position obstétricale, la main gauche, placée sur l'hypogastre, fixe l'utérus et l'immobilise, en appuyant fortement derrière l'arc pubien. La main droite, disposant les doigts en cône, s'insinue dans le vagin et va prendre contact avec le pédicule de la tumeur utérine ; il s'agit, en effet, de la réduire, progressivement, centimètre par centimètre, et de ne pas la repousser en masse, ce qui ne saurait donner aucun résultat (fig. 166).

Pour ce faire, les quatre derniers doigts s'appuient sur les parties latérales et postérieure du pédicule ; le pouce, mis en opposition, se place sur la face antérieure et, par des mouvements verticaux dirigés de bas en haut, refoule peu à peu cette portion vers l'abdomen, de telle façon que la partie de l'utérus inversée la dernière se trouve réduite la première. La réduction, très lente d'abord, s'opère ensuite rapidement. Le toucher manuel s'assure, enfin, que la matrice a repris sa forme habituelle : on termine par une injection intra-utérine à 48° et le tamponnement utéro-vaginal (Voy. p. 364).

Si l'inversion est telle que *l'utérus pend hors la vulve*, la réduction va comprendre deux temps : 1° on réduit, ce qui est facile, l'utérus renversé dans le vagin ; il n'y a qu'à le repousser doucement, à la façon d'un piston que l'on fait jouer dans un corps de pompe ; 2° l'utérus étant dans le vagin, on réduit l'inversion comme il vient d'être dit ci-dessus.

Parmi les difficultés que peut présenter cette réduction, il faut mettre au premier rang la *contraction de l'anneau de Bandl* ; en pareil cas, la main qui tente le refoulement utérin n'arrive bien souvent qu'à élonger le segment inférieur, mais non à retourner l'utérus ; on

se trouvera alors dans la nécessité d'anesthésier la femme à l'éther et de procéder *à la dilatation manuelle préalable de cet anneau rétracté* comme il a été dit par ailleurs (Voy. p. 358). Ceci fait, la main gauche immobilise très soigneusement la matrice, par l'abdomen, et la main droite tente activement la réduction. En cas d'échec, on aura recours au procédé suivant.

2° ***Un ballon dilatateur***, ***placé dans le vagin***, ***pourra opérer une réduction lente***, progressive, en quelques heures, d'une inver-



Fig. 166. — *Inversion utérine :* réduction manuelle : les pouces repoussent vers le vagin la partie antérieure de la tumeur.

sion que le taxis manuel n'a pu vaincre. Le gros ballon de Champetier est ici le meilleur instrument : on l'introduit dans le vagin exactement d'après le même manuel que s'il s'agissait de le placer dans l'utérus (Voy. p. 50), avec cette seule différence que cette mise en place est particulièrement aisée ; puis on le gonfle, et la femme est remise dans son lit, bien à plat, immobile, et la tête basse. Si, au bout de douze à vingt-quatre heures, la réduction, sans être complète, est ébauchée, il faut placer à nouveau un ballon et

attendre encore. Si, au contraire, on ne constate aucun progrès, *c'est que l'inversion est irréductible* ; elle relève alors du traitement chirurgical.

3° ***Le traitement chirurgical de l'inversion irréductible*** a été compris de bien des façons; voici, parmi maintes opérations, celles qui nous paraissent mériter la préférence, tant par leur efficacité que par la facilité de leur manuel opératoire.

a. L'*hystérotomie, jointe à la colpotomie antérieure*, sera tentée comme une opération de choix, c'est-à-dire quand l'inversion est récente et qu'il n'y a ni infection ni adhérences de nature à rendre vaine toute tentative de réduction. La femme, mise en position obstétricale, est anesthésiée à l'éther. Deux écarteurs, placés latéralement, entr'ouvrent la vulve et le vagin au maximum. On commence par pratiquer la *colpotomie antérieure*, en fendant, aux ciseaux mousses, le cul-de-sac antérieur du vagin, transversalement, et d'une extrémité à l'autre du pédicule utérin. Ceci fait, on incise au bistouri, verticalement et bien sur la ligne médiane, la paroi antérieure de l'utérus inverse; la matrice étant ainsi ouverte, il devient alors facile de la retourner. Quand elle a récupéré sa forme habituelle, il n'y a plus qu'à suturer l'incision, à la soie, exactement comme on le fait au cours de la césarienne vaginale (Voy. p. 184); puis on termine par le tamponnement utéro-vaginal.

b. L'*hystérotomie par voie abdominale* est également satisfaisante, si la femme est vraiment en état suffisant d'asepsie pour que la laparotomie puisse être tentée sans témérité. La malade étant en position de Trendelenburg, l'abdomen est ouvert (fig. 167); on sectionne, avec de forts ciseaux droits, l'ouverture de l'entonnoir utérin, sur la ligne médiane et en arrière ; cette section est poursuivie sur la face postérieure de l'utérus, suffisamment loin pour en permettre la réduction, que l'on opère en attirant les lèvres de la plaie à l'aide de pinces de Museux; l'utérus étant en place, il est facile de réparer la plaie par des sutures à la soie, comme au cours d'une opération césarienne (Voy. p. 219).

3° Enfin l'*hystérectomie vaginale* s'adresse aux cas où il y a infection, ainsi qu'à ceux où l'inversion, remontant à plusieurs jours, est irréductible du fait des adhérences qui se sont constituées. Son manuel ne diffère pas sensiblement de ce qu'il est en gynécologie.

III. — RÉTENTION DE L'ARRIÈRE-FAIX.

La rétention du placenta et celle des membranes constituent des accidents tout à fait différents.

I. — Rétention du placenta.

Le placenta peut être resté dans l'utérus en totalité ou en partie.

I. **Rétention totale du placenta.** — La ligne de conduite est simple : **il faut, dans le plus bref délai, pratiquer la**

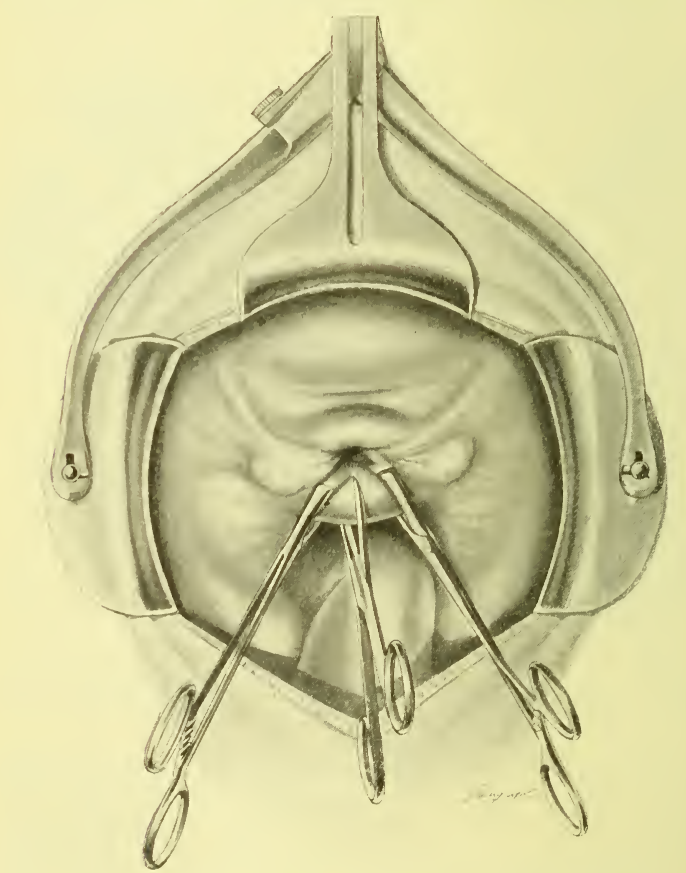


Fig. 167. — *Inversion utérine :* traitement chirurgical par hystérotomie abdominale.

délivrance artificielle. Le col étant dilaté manuellement, ainsi que l'anneau de Bandl (Voy. p. 358), on enlève le placenta et les membranes (Voy. p. 354), et on termine par un *écouvillonnage*

de la cavité utérine (Voy. p. 377) suivi d'un *attouchement iodé* (Voy. p. 390). Si, pour une cause quelconque : impossibilité, quoi qu'on fasse, de pénétrer dans l'utérus, même après tentative de dilatation au ballon (Voy. p. 50), adhérence totale et invincible du placenta, la délivrance ne peut être effectuée, il faut, de toute nécessité, pratiquer l'hystérectomie abdominale (Voy. *Gynéc.*).

II. **Rétention partielle du placenta.** — L'examen méthodique de l'arrière-faix (Voy. p. 350), ou le toucher intra-utérin motivé par des hémorragies et des signes d'infection, ayant fait diagnostiquer la présence *in utero* d'un fragment placentaire, *l'indication opératoire est aussi formelle qu'urgente : il faut immédiatement débarrasser l'utérus du corps qu'il contient.*

La femme, anesthésiée, est mise en position obstétricale. La vulve et le vagin sont soigneusement désinfectés. La main gauche placée sur la région hypogastrique, immobilisant la matrice, la main droite s'introduit en totalité dans l'utérus, si la femme est récemment délivrée. Elle va à la recherche du cotylédon, qui y est demeuré attaché ; c'est souvent au niveau d'une corne qu'elle le trouvera ; elle le détache en travaillant avec les ongles, en le pétrissant s'il le faut (Voy. p. 356), en l'émiettant, et l'entraîne à l'extérieur; un écouvillonnage (Voy. p. 377) termine l'intervention. Si la délivrance remonte à plus de vingt-quatre heures, la main a parfois de la peine à pénétrer *in utero* en totalité ; mais elle introduit, dans la matrice, l'index et le médius, qui doivent agir comme au cours du *curage digital*, que nous avons décrit à propos de la rétention placentaire *post abortum.* Un point important est de *toujours confier cette extraction à la main et non à la curette* : celle-ci serait en l'espèce un instrument aveugle, inefficace et dangereux ; elle n'interviendra donc qu'après l'ablation du cotylédon, pour enlever les tout petits débris que l'ongle n'a pu détacher. Ce curettage (Voy. p. 393) est terminé par un attouchement iodé (Voy. p. 390).

II. — Rétention des membranes.

La rétention des membranes est infiniment plus fréquente que celle du placenta ; elle est d'ailleurs beaucoup moins grave. Toutefois il faut se souvenir que cette rétention membraneuse est un des facteurs étiologiques les plus importants de l'infection puerpérale : aussi doit-on tout faire pour l'éviter et, si l'accident s'est produit, pour y remédier au mieux.

Le *traitement prophylactique* n'est autre que la stricte observance des règles que nous avons décrites à propos de la délivrance normale

(Voy. p. 347). Occupons-nous donc ici, uniquement, du traitement proprement dit.

En clinique, on se trouvera en présence de deux cas différents, suivant que la délivrance vient de se faire ou qu'au contraire elle remonte à un certain temps.

I. **La délivrance vient de se faire.** — L'examen méthodique de l'arrière-faix démontre que les membranes sont incomplètes ou même qu'elles sont restées en totalité *in utero*.

1° Les membranes sont incomplètes. — La main, dûment stérilisée, est introduite dans le vagin ; elle arrache, au ras du col, les lambeaux membraneux qui pendent dans l'utérus, entraînant tout ce qu'elle peut saisir. Ceci fait, on donne une injection intra-utérine iodo-iodurée (Voy. p. 388), et on attend. Fréquemment, les membranes sont expulsées spontanément ; si quelque accident infectieux apparaît, il faut, sans tarder, pratiquer l'écouvillonnage (Voy. ci-dessous).

2° Les membranes sont restées en totalité dans l'utérus, le placenta étant sorti découronné. — Il faut essayer de les entraîner séance tenante : la femme est mise en position obstétricale; la main droite, introduite dans l'utérus, détache ce qu'elle peut; puis, si le muscle utérin est bien rétracté, on peut faire immédiatement l'écouvillonnage ; sinon, mieux vaut placer un *tamponnement utérin* (Voy. p. 364), que l'on enlèvera au bout de douze heures ; si l'ablation du tampon n'entraîne pas les membranes, l'écouvillon pourra, alors, facilement les enlever.

II. **La femme est accouchée depuis vingt-quatre ou quarante-huit heures.** — Le seul traitement rationnel est l'écouvillonnage ; mais faut-il y recourir, d'emblée, et dans tous les cas? Non. En effet, de deux choses l'une :

1° Ou bien la rétention membraneuse ne donne lieu a aucun accident, ni température, ni fétidité des lochies, ni hémorragie, ni tranchées utérines anormalement intenses. En pareil cas, il n'y a qu'à donner, matin et soir, une injection vaginale à 48°, au permanganate ou à l'eau oxygénée, et à attendre l'expulsion spontanée des membranes.

2° Ou, au contraire, cette rétention est cause d'un des accidents que nous venons de signaler : l'expectation n'est alors plus de mise ; il faut, immédiatement, pratiquer l'écouvillonnage.

Technique de l'écouvillonnage. — L'écouvillon, sorte de grosse brosse en tout comparable à celle que l'on emploie pour le nettoyage d'un verre de lampe (fig. 168), est l'instrument de choix pour l'ablation des membranes restées dans l'utérus, les mains et la curette étant également inhabiles et impuissantes en pareil cas.

La femme, anesthésiée, est mise en position obstétricale; la vulve est rasée, savonnée ainsi que le vagin, et irriguée à l'eau oxygénée; la vessie est évacuée par cathétérisme. On commence par introduire deux doigts dans l'utérus, qui s'assurent, par une exploration minutieuse, qu'il n'est pas resté de placenta. Puis, une valve courte et large déprimant le périnée, le col est saisi et abaissé à la vulve, à l'aide d'une forte pince de Museux jetée sur sa lèvre antérieure.

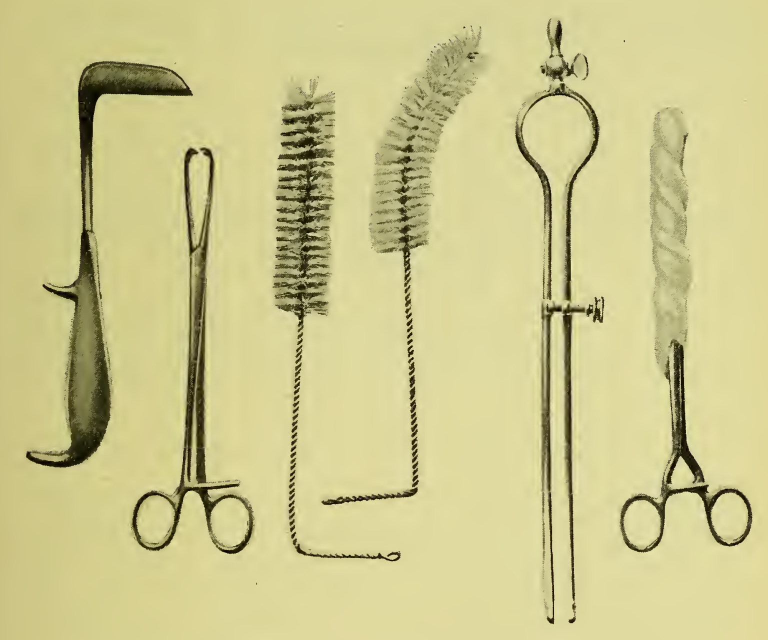


Fig. 168. — *Instruments nécessaires pour un écouvillonnage utérin.*

On prend alors un gros écouvillon, dont on recourbe les 5 à 6 premiers centimètres de la tige de façon à le tenir solidement. Cet écouvillon, dont on peut, afin de pénétrer plus aisément, incurver légèrement la partie correspondant à la brosse, est introduit au travers du col : on le fait pénétrer dans l'utérus par un mouvement de spirale. Une fois dans le corps utérin, on lui imprime plusieurs tours sur lui-même, puis on lui fait décrire quelques mouvements de va-et-vient, de haut en bas, en ayant soin de l'incliner à droite et à gauche vers les cornes; finalement, on le retire, chargé de membranes. Un second écouvillon est passé de

la même façon, un troisième s'il en est besoin. Quand ces écouvillons ne ramènent plus aucun débris, on termine l'intervention par une injection iodo-iodurée (Voy. p. 388) et par un *attouchement iodé* (Voy. p. 390). Il est bon, comme à la suite de toute intervention intra-utérine, de placer un sac de glace sur l'hypogastre pendant vingt-quatre ou trente-six heures.

QUATRIÈME SECTION

CONDUITE A TENIR PENDANT LES SUITES DE COUCHES

CHAPITRE PREMIER

CONDUITE A TENIR QUAND LES SUITES DE COUCHES SONT NORMALES

Repos au lit : son importance, sa durée.
Soins à donner du côté de l'appareil génital et des seins.
Soins à donner du côté de la vessie ; du côté du tube digestif.
Les relevailles. Graduation dans la reprise de la vie habituelle.

I. — Repos au lit de la nouvelle accouchée.

Toute accouchée doit garder le lit pendant *dix-huit* ou *vingt jours* en moyenne; en se levant plus tôt, la femme s'expose aux hémorragies utérines et au prolapsus génital. On se guidera, pour la laisser lever, sur la disparition absolue de tout écoulement lochial et sur la régression de l'utérus, dont le fond ne doit pas dépasser la plan du détroit supérieur.

La femme restera étendue à plat, sans oreiller, pendant les dix à douze premières heures qui suivent la délivrance ; elle gardera encore le décubitus dorsal permanent pendant les deux premiers jours, mais avec la possibilité d'avoir la tête légèrement élevée. A partir du troisième jour, on lui permettra de se tourner sur le côté pour dormir et au moment des tétées. Vers le quatrième jour, elle pourra s'asseoir au moment des repas. A la fin de la première semaine, on transportera la femme sur un autre lit, pendant le temps nécessaire pour refaire celui qu'elle occupe.

Quand il existe quelque éraillure vulvo-périnéale, il est bon de maintenir les jambes immobiles, pendant les quatre ou cinq premiers jours, en nouant autour des genoux une serviette roulée en foulard.

II. — Soins à donner du côté de l'appareil génital.

Matin et soir, la vulve sera lavée à l'eau chaude, pour la débarrasser des sécrétions et des caillots qui peuvent y rester attachés. On en profitera pour attoucher, très légèrement, à la teinture d'iode les petites plaies de la fourchette ou des lèvres, si communes chez les primipares.

Quand on est à même de le faire suivant les règles de la plus rigoureuse asepsie, il y a avantage à donner des *injections vaginales*. Celles-ci seront faites, matin et soir, avec 2 litres d'eau bouillie à 48° additionnée de permanganate de potasse (1 gramme p. 1 000) ou de liqueur de Labarraque (deux cuillerées à potage par litre); le liquide sera injecté sous très faible pression (50 centimètres tout au plus). On se servira uniquement d'une canule en verre percée de plusieurs trous (et non pas d'un seul orifice terminal). Quand on n'est pas à même d'observer toutes ces précautions, mieux vaut supprimer toute injection. Dans l'intervalle de ces soins, la vulve restera recouverte par une compresse de gaze stérilisée doublée d'une ou deux couches d'ouate hydrophile, le tout maintenu par un bandage en T. Le pansement sera changé après chaque miction et chaque garde-robe.

Durant les premières vingt-quatre heures, *il faut empêcher l'utérus de se laisser distendre par le sang* : pour cela, on palpe son fond, fréquemment, et, pour peu que l'organe paraisse mou et anormalement volumineux, on l'exprime à pleine main, ce qui chassera souvent une assez grande quantité de caillots.

Les *tranchées utérines* sont fréquentes chez les multipares. On les calmera à l'aide d'applications de compresses chaudes sur l'abdomen et en faisant prendre à la femme soit de l'aspirine (2 grammes par vingt-quatre heures), soit du laudanum (XII à XXV gouttes par jour).

On se souviendra que certaines femmes ont une susceptibilité cutanée vraiment extraordinaire, de telle sorte que le moindre antiseptique cause chez elles des éruptions locales ou même généralisées. On emploiera, en pareil cas, l'eau bouillie, à titre exclusif, pour les lavages vulgaires et les injections.

III. — Soins à donner du côté des seins.

1° **Si la femme doit nourrir.** — Il faut s'occuper très attentivement de l'appareil mammaire : nous dirons, en étudiant la prophylaxie des crevasses du mamelon (Voy. p. 410) quelles sont les

précautions à prendre à cet égard. Ajoutons que, lors de la *montée laiteuse*, qui se fait habituellement du troisième au cinquième jour, les seins, distendus et congestionnés, peuvent être le siège de douleurs assez vives. On les calmera en exerçant sur la région mammaire une compression modérée, à l'aide d'un bandage de toile; de même, la femme se trouvera soulagée par l'application, répétée deux ou trois fois dans la journée, de compresses de gaze imbibées d'eau chaude, sur chaque mamelle, pendant quinze à vingt minutes à chaque fois. Enfin on pourra administrer à l'accouchée soit 1 gramme d'antipyrine, soit, si ce médicament n'est pas supporté, 1 à 2 grammes d'aspirine en deux doses. Pendant la montée laiteuse, la femme aura avantage à boire et à manger le moins possible. Les malaises, la sensation de congestion, la légère accélération du pouls, voire même la minime élévation thermique (37°,5 à 38° tout au plus) qui accompagnent ce phénomène physiologique lorsqu'il revêt quelque intensité, ne doivent pas être attribués à l'infection puerpérale : en l'absence de tout signe de ce côté, on se gardera donc bien de toute thérapeutique intempestive.

2° **Si la femme ne doit pas nourrir** (enfant mort-né ou confié de suite à une nourrice, par exemple). — Il faut, suivant l'expression populaire, « lui faire passer son lait »; pour cela, il n'est pas utile de recourir aux purgations, dont le résultat est au moins douteux, mais il faut, dès le deuxième jour, faire une *compression mammaire* serrée, à l'aide de plusieurs couches d'ouate hydrophile et d'une très large bande de tarlatane resserrant les deux seins comme après une opération sur cette région. Cette cuirasse sera laissée en place pendant huit ou dix jours. Après son ablation, si le lait continue à monter, du moins par moment, *il ne faudra jamais le tirer*, soit à la main, soit à l'aide d'une téterelle, car on ne ferait qu'entretenir la montée laiteuse, mais se borner à comprimer les seins à l'aide d'une bande de toile. Pendant tout ce temps, la femme ne prendra, en fait de liquide, que le strict minimum.

IV. — Surveillance de la vessie.

La rétention d'urine est fréquente chez les primipares et à la suite des accouchement laborieux. Généralement elle cesse spontanément au bout de vingt-quatre à trente-six heures. *Il ne faut pas se hâter de pratiquer le cathétérisme*, source trop fréquente de cystite, mais essayer d'abord de solliciter la miction, à l'aide d'une injection vaginale chaude, ou de compresses humides, chaudes ou froides,

appliquées sur le pubis ou sur la vulve. Si ces moyens échouent, la femme sera sondée, trois fois par jour, sous le couvert de la plus stricte asepsie. On se souviendra que la distension vésicale est une cause de gène pour l'utérus, dont le segment inférieur s'élonge et détermine ainsi de la rétention lochiale et parfois des tranchées assez vives. On évitera ces ennuis, en sollicitant une miction toutes les quatre heures environ.

V. — Surveillance de l'intestin : hygiène alimentaire.

On provoquera la première selle, de *vingt-quatre à trente-six heures après la délivrance*, au moyen d'un lavement d'eau de guimauve, ou mieux encore d'huile d'olive (250 grammes), que l'accouchée doit conserver une heure ou deux avant d'aller à la selle. Puis *chaque jour* on s'assurera, par le même moyen, d'une garde-robe, si, ce qui est le cas habituel, cette fonction ne s'accomplit pas spontanément. La constipation peut même nécessiter l'emploi des laxatifs concurremment aux lavements; on usera, dans ce but, soit de rhubarbe (1 à 2 grammes au repas du soir), soit d'huile de ricin (une cuillerée à bouche le matin, au réveil) ou de sulfate de soude et de magnésie (10 à 15 grammes, le matin). Il faut, à tout prix, éviter l'encombrement stercoral, qui pourrait déterminer des accidents fébriles parfois assez sérieux.

Hygiène alimentaire. — Elle ne comporte aucune prescription particulière: la nouvelle accouchée évitera, bien entendu, toute viande faisandée, mais elle pourra user de tous les aliments habituels; on insistera, surtout si elle allaite, sur l'usage des légumes en purée et des pâtes. Les fruits crus ou cuits sont toujours indiqués; comme boisson : l'eau coupée d'un peu de vin, la bière faiblement alcoolisée, le lait, les infusions diverses (thé faible, camomille, menthe, etc.).

VI. — Lever de l'accouchée : reprise graduelle de la vie habituelle.

Le premier jour, la femme quittera son lit pour une à deux heures tout au plus, et, pendant ce temps, elle restera assise dans un fauteuil; le lendemain, elle restera levée trois à quatre heures et pourra faire quelques pas. La femme pourra prendre un bain, à ce moment. De jour en jour, le lever sera plus long, et, vers le huitième jour, elle fera, si tout va bien, une première sortie.

Les RAPPORTS SEXUELS seront autorisés vers la fin du premier mois, au plus tôt.

Tout voyage un peu long ne pourra être entrepris avant la cinquième semaine environ.

Lors du retour de couches, la femme se reposera le plus possible ; si la perte est abondante, elle gardera même le lit, et, pour peu que l'écoulement prenne un caractère hémorragique, on prescrira les injections chaudes (de 48 à 50°) et l'ergotine (1 à 2 grammes par vingt-quatre heures).

CHAPITRE II

CONDUITE A TENIR QUAND LES SUITES DE COUCHES SONT PATHOLOGIQUES

I. Subinvolution utérine.
II. Accidents infectieux.
A. Infections puerpérales : infection vulvo-vaginale.
  Infection utérine.
  Infection annexielle.
  Les péritonites (péritonite généralisée, pelvi-péritonite).
  Infection généralisée : septicémie ; pyohémie.
  Phlegmatia alba dolens.
B. Infections mammaires : les crevasses du sein.
  Lymphangite mammaire.
  Galactophorite.
  Les abcès du sein.

I. — TRAITEMENT DE LA SUBINVOLUTION UTÉRINE.

Traitement prophylactique. — La subinvolution *étant fonction de l'infection, ou de la rétention de débris ovulaires in utero*, sera surtout traitée en ses causes. Pour l'infection, nous allons en parler dans quelques instants (Voy. p. 385) ; quant à la rétention de débris ovulaires, qu'il s'agisse d'un cotylédon placentaire ou de membranes, elle a été étudiée à propos de la délivrance (Voy. p. 374). D'autre part, l'utérus peut garder des proportions anormales, parce que les lochies s'y accumulent : c'est ce qui arrive quand il existe quelque obstacle à l'écoulement lochial, une *antéflexion* utérine assez prononcée, par exemple. En pareil cas, on redresse l'utérus, on le vide par curage digital (Voy. p. 65) de tous les caillots qui l'encombrent, et on assure son maintien en bonne position, en y plaçant un drain pendant deux ou trois jours (Voy. p. 389).

Traitement curatif. — Il consiste essentiellement en :

1° Repos au lit, aussi absolu que possible, la femme devant rester étendue en situation horizontale et ne se lever que lorsque la matrice ne fera plus saillie au-dessus du plan du détroit supérieur.

2° Injections vaginales a 48 ou 50°. — Ces injections seront faites, à l'eau bouillie, au permanganate ou à la liqueur de Labarraque (Voy. p. 386) ; elles seront répétées matin et soir, chaque injection étant de 2, 3 ou même 4 litres. Le siège sera surélevé, la tête de la malade reposant directement sur le plan du lit.

Il est plus nécessaire que jamais d'assurer le fonctionnement très régulier de la vessie et de l'intestin.

Quand la subinvolution s'accompagne de pertes sanguines anormalement abondantes et persistantes, on ajoute au repos absolu et aux injections chaudes l'*ergotine*, à la dose de *1 à 2 grammes par vingt-quatre heures*, en potion ou en cachets.

Une fois la malade relevée, il faut lui prescrire de se fatiguer le moins possible, de continuer les injections chaudes matin et soir et de prendre, chaque jour, un bain à 38° pendant vingt minutes. Elle devra garder le lit lors du retour de couches.

II. — TRAITEMENT DES ACCIDENTS INFECTIEUX.

Quand une nouvelle accouchée présente de la fièvre, il faut, avant d'instituer tout traitement, en rechercher la cause. Il peut s'agir en effet : *d'une infection médicale quelconque* (grippe, fièvre typhoïde, tuberculose, etc.), que l'on traitera comme à l'ordinaire (Voy. *Précis de thérapeutique médicale*) ; d'accidents de *nature stercorémique*, ou d'une *pyélonéphrite*), complications dont nous avons déjà parlé à propos de la grossesse pathologique (Voy. p. 10 et p. 19) ; d'une infection à point de départ génital, ce que l'on appelle l'*infection puerpérale* proprement dite ; enfin d'une *infection mammaire*.

I. — TRAITEMENT DES INFECTIONS PUERPÉRALES.

La prophylaxie de l'infection puerpérale a déjà été étudiée à propos de la conduite à tenir dans l'accouchement et lors de la délivrance. Nous nous bornerons donc ici à en rappeler les principaux préceptes :

1° Respecter, le plus longtemps possible, l'intégrité de la poche des eaux (Voy. p. 86) ;

2° S'abstenir pendant le travail du toucher vaginal, sauf en cas de nécessité absolue ; ne le pratiquer qu'après une sérieuse désinfection des mains et, de préférence, en faisant usage de gants de caoutchouc stérilisés ;

3° Redoubler de précautions antiseptiques, en cas d'accouchement lent ou laborieux, d'intervention quelconque ;

4° Surveiller très particulièrement la délivrance et ne jamais laisser *in utero* de débris ovulaires (Voy. p. 374) ;

5° Réparer minutieusement les plaies périnéales (Voy. p. 321);

6° S'abstenir, pendant les suites de couches, de toute injection vaginale, si l'on n'est pas rigoureusement sûr de la parfaite asepsie du matériel employé.

Le TRAITEMENT PROPREMENT DIT sera d'autant plus efficace qu'il pourra être plus rapidement appliqué ; aussi, dès le diagnostic établi, faudra-t-il recourir aux moyens que nous allons maintenant décrire et qui varieront avec la forme et l'intensité des accidents observés.

Deux prescriptions générales restent vraies, quelle que soit la forme de l'infection : elles sont destinées à *prévenir la contagion des accidents à d'autres accouchées.* Il faut dans ce but : 1° *isoler rigoureusement et immédiatement* toute femme infectée, même quand elle-même ne présente que des accidents légers ; 2° ne donner aucun soin à une femme infectée sans avoir *les mains protégées par des gants de caoutchouc.* L'emploi des gants est toujours excellent, et nous ne saurions trop recommander de s'en servir systématiquement ; ici il devient absolument indispensable. Ceci dit, voyons le traitement qu'il convient d'appliquer en chaque cas particulier.

§ 1. — TRAITEMENT DES ESCARRES VULVO-VAGINALES.

Les plaies vulvo-vaginales et périnéales se sont infectées ; elles ont un aspect grisâtre et laissent écouler un liquide sanieux, mais l'utérus n'est pas douloureux, sa régression s'opère normalement, et l'état général est bon.

Il faut, avant tout, *s'abstenir de toute manœuvre de nature à contaminer l'utérus resté jusqu'ici indemne* : donc, pas de curettage, pas d'injections utérines. Le premier soin consiste à *enlever les fils de suture* qui ont pu être posés sur le périnée, puis à bien mettre à nu les plaies, en en écartant les parois l'une de l'autre. Ceci fait, on tentera la désinfection à l'aide des moyens suivants.

1° **Injections vaginales.** — Il n'y a pas de raison de les multiplier outre mesure : deux par jour suffisent largement ; on aura soin d'enfoncer très peu la canule, 4 à 5 centimètres au plus, et de faire couler le liquide sous basse pression : 40 centimètres environ. Ces injections seront faites :

a. A L'EAU OXYGÉNÉE coupée d'eau bouillie à la moitié ou aux trois quarts ;

b. AU PERMANGANATE DE POTASSE, à la dose de 1 gramme par litre,

surtout si la femme présentait, pendant la grossesse, un écoulement blennorragique.

c. A la liqueur de Labarraque, à la dose de deux cuillerées à soupe par litre.

2° **Attouchements médicamenteux.** — Ils seront employés concurremment aux injections, et même à titre exclusif lorsque l'infection est bien cantonnée à la vulve ou au périnée : deux fois par jour, les escarres seront détergés à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'eau oxygénée pure, pour être ensuite touchés *à la teinture d'iode* ou encore au *jus de citron*.

Un petit tampon de gaze peroxydée sera, après chaque pansement, placé entre les lèvres de la plaie vulvaire, afin de bien les isoler l'une de l'autre. Il est bon, également, de saupoudrer toutes les plaies génitales avec une *poudre peroxydée* (peroxyde de zinc, perborate de soude).

3° **Pansements au bouillon lactique.** — Voici un excellent mode de désinfection et de cicatrisation des plaies que nous ne saurions trop recommander. Dans un récipient en verre flambé (verre à expérience, petit cristallisoir), on mêle deux cuillerées à bouche de poudre de lactose stérilisée avec une quantité égale ou un peu supérieure de bouillon lactique, et on brasse le tout, avec une baguette de verre ou une pince quelconque, de façon à constituer une sorte de bouillie assez épaisse ; on a soin de n'employer, pour la faire, que la lie des bouteilles de bouillon lactique, dont on décante, après repos de plusieurs heures, toute la partie claire. Cette partie claire sert à laver les plaies qu'il s'agit de panser, *à l'exclusion de tout antiseptique* ; puis on imbibe très largement une mèche de gaze aseptique de la bouillie qu'on vient de préparer. Cette mèche est placée dans le vagin, sans être tassée, puis entre les lèvres de la vulve, de façon à bien recouvrir toutes les plaies. Le pansement est renouvelé matin et soir. Très rapidement, les escarres se détergent, leur surface bourgeonne et devient rosée, et la cicatrisation se fait aussi rapidement que possible. Ces pansements ne sont nullement douloureux.

§ 2. — TRAITEMENT DE L'INFECTION UTÉRINE.

C'est là la forme habituelle de l'infection puerpérale, que la métrite en soit l'unique manifestation, ou qu'elle constitue le stade initial d'une infection qui va, ensuite, se généraliser ou se cantonner en un point quelconque de l'organisme. On ne saurait donc attacher trop d'importance à son traitement; celui-ci doit être local et général.

I. — *TRAITEMENT LOCAL.*

Toutes les fois que l'utérus est infecté, il faut appliquer *un sac de glace en permanence* sur la région hypogastrique, puis recourir à une thérapeutique intra-utérine variable suivant les cas.

I. — Fétidité des lochies avec faible réaction générale.

Pratiquons, d'abord, le *toucher intra-utérin*, en mettant la femme en position obstétricale et en abaissant, le plus possible, au travers de l'abdomen, l'utérus avec la main gauche, de façon à permettre à l'index droit d'explorer la cavité jusqu'au fond de ses cornes. Le doigt explorateur recontre-t-il *in utero* quelques débris, cotylédon placentaire, lambeaux de membranes, caillots adhérents? On procédera, séance tenante, au *curage digital* (Voy. p. 65), ou à l'*écouvillonnage* (Voy. p. 377), s'il s'agit de débris membraneux. L'utérus est-il vide? On se contentera d'une *injection intra-utérine*.

L'*injection intra-utérine* se pratique d'après le manuel qui a été décrit tout au long, à propos des hémorragies de la délivrance (Voy. p. 362). Il y a toujours avantage, surtout si on éprouve quelque difficulté à pénétrer dans l'utérus, à placer la femme en position obstétricale, puis, ayant bien lavé la vulve et irrigué le vagin à l'eau oxygénée, on déprime le périnée à l'aide d'une valve, et on abaisse l'utérus à la vulve, en jetant sur la lèvre antérieure du col une forte pince de Museux. La *sonde de Doléris* est la meilleure. Comme liquide on emploiera :

Soit la *solution iodo-iodurée*, suivant la formule de Tarnier :

Iode métalloïde	3	grammes.
Iodure de potassium	6	—
Eau distillée bouillie	1 000	—

Soit l'*eau oxygénée*, coupée de moitié d'eau bouillie ;

Soit la *liqueur de Labarraque*, à la dose de deux cuillerées à bouche par litre. Ces deux dernières solutions combattent la fétidité lochiale avec beaucoup d'efficacité.

L'injection intra-utérine pourra être renouvelée, matin et soir, pendant deux à trois jours; au bout de ce temps, l'écoulement lochial a généralement changé de caractère ; s'il en est autrement, il ne faut pas s'attarder à un moyen en somme peu efficace et capable de provoquer des accidents inquiétants : hémorragies, douleurs, frisson et fièvre, syncope et même coma ; on abandonnera donc ces lavages pour recourir à l'attouchement iodé intra-utérin (Voy. p. 390).

II. — Rétention lochiale.

L'utérus se porte en rétroflexion, plus souvent en antéflexion, et se coudant au niveau du segment inférieur, empêche les lochies de s'écouler à l'extérieur. Cette *lochiométrie* se reconnaît : 1° à la suppression de l'écoulement; 2° à l'état de l'utérus qui est gros et mou ; 3° aux phénomènes généraux souvent assez intenses. L'indication thérapeutique est nette ; il faut :

1° **Redresser l'utérus.** — Le mieux est d'essayer d'y introduire l'index droit, tandis que la main gauche appuie, par l'abdo-



Fig. 169. — *Différents modèles de drains utérins.*

men, sur le corps utérin. Si l'on échoue, on met la femme en position obstétricale; une pince de Museux jetée sur la lèvre antérieure du col permet de l'abaisser à la vulve ; quelques grosses bougies de Hégar peuvent alors être passées au travers du canal cervical.

2° **Vider la cavité utérine.** — Le redressement a déjà donné issue à un flux de liquide plus ou moins altéré; on complète l'évacuation de l'utérus soit à l'aide d'une injection intra-utérine (Voy. p. 362), soit mieux encore par le *curage digital* (Voy. p. 65), suivi d'un *attouchement iodé* (Voy. p. 390).

3° **Maintenir la perméabilité utérine.** — C'est là le point le plus délicat. Théoriquement, le mieux pour assurer ce drainage est *de placer un drain dans le col* (fig. 169). Ce peut être soit un gros drain de caoutchouc, à paroi épaisses, de façon à ne

pas se laisser aplatir, et par lequel on pourra laver aisément l'utérus, si les lochies s'écoulent mal ; soit le *drain métallique de Mouchotte*, qu'il ne faut pas laisser en place plus d'un jour ou deux, de peur de provoquer du sphacèle du col et du segment inférieur. En pratique, ces drains remplissent souvent mal leur office ; on se contentera, alors, *de tamponner l'utérus*, abaissé et nettoyé comme il a été dit plus haut, à l'aide d'une lanière sans fin de gaze stérilisée, large de trois à quatre travers de doigt, et dont on imbibe de teinture d'iode les 10 ou 20 premiers centimètres. Cette bande est conduite, au moyen d'une pince à pansement, d'abord dans les cornes, puis dans le corps, puis dans le col. Le tamponnement sera retiré au bout de douze à vingt-quatre heures; généralement, l'utérus a pu se redresser, sous son action, de façon à n'avoir plus besoin d'être drainé.

III. — Métrite puerpérale.

Quand l'endomètre est réellement infecté, les injections intra-utérines sont manifestement insuffisantes ; si donc un premier lavage n'a pas amené la sédation de la fièvre, n'insistons pas et passons de suite à des méthodes plus efficaces. Ici encore on commence par pratiquer le toucher intra-utérin pour reconnaître si la cavité utérine est vide ou si elle contient quelques débris.

I. — La cavité utérine est vide de tout débris.

Le doigt s'étant bien convaincu qu'il ne reste, *in utero*, ni cotylédon placentaire, ni membranes, ni caillots, *il est inutile de racler l'endomètre*, ce qui n'aurait d'autre résultat que d'ouvrir des bouches veineuses et lymphatiques aux germes qui pullulent dans la matrice. Contentons-nous, en pareil cas, d'un pansement intra-utérin.

Pansement intra-utérin. — On peut user de deux procédés différents, mais également bons.

1° *Pansement au bouillon lactique*. — On l'utilise tel que nous l'avons décrit plus haut (Voy. p. 387), mais appliqué *in utero*. Ce pansement convient surtout quand il y a des plaies cervicales, des déchirures plus ou moins profondes et recouvertes de couennes et de fausses membranes. On le répétera matin et soir tant que les lochies restent altérées et que la fièvre n'est pas tombée.

2° *Attouchement iodé*. — Une valve courte et large déprimant le périnée, le col est abaissé à l'aide d'une pince de Museux jetée

sur la lèvre antérieure ; on introduit alors dans le corps utérin une tige métallique (une branche de pince à pansement convient fort bien à cet usage) entourée sur une longueur de 10 à 12 centimètres d'ouate hydrophile, que l'on imbibe largement de teinture d'iode, tige que l'on promène dans tout l'utérus de façon à toucher l'endomètre au niveau des faces, du fond, des bords et des cornes ; on recommence cette manœuvre deux à trois fois de suite, en ayant soin de prévenir, grâce à une injection vaginale d'eau bouillie, la brûlure du vagin et de la vulve. Ceci fait, on laisse en place dans l'utérus une mèche de gaze stérilisée, trempée elle-même dans l'iode et tassée mollement ; cette mèche sera retirée au bout de douze heures. La douleur qui suit parfois ce pansement, pour lequel il n'est, d'ailleurs, pas besoin de recourir à l'anesthésie, sera surtout calmée par l'application de glace sur la région hypogastrique.

L'attouchement iodé peut être répété au bout de deux jours, une seconde fois, puis une troisième s'il le faut, c'est-à-dire si les phénomènes locaux : volume anormal de l'utérus, large béance du col, écoulement abondant et d'aspect purulent, tardent à s'amender.

II. — La cavité utérine contient des débris.

Quand, dans l'utérus, il reste quelque cotylédon placentaire, des membranes ovulaires ou même des caillots adhérents et en voie d'organisation, *la première indication, absolument formelle, est de débarrasser aussi rapidement et aussi soigneusement que possible la matrice de ces corps étrangers*, qui en encombrent la cavité, fournissent aux germes qui y pullulent un excellent milieu de culture et font plus ou moins obstruction à l'écoulement des lochies. On y arrive par le nettoyage méthodique de l'utérus.

Nettoyage méthodique de l'utérus. — La malade *anesthésiée* (ce point est important) est mise en position obstétricale. La vulve est rasée, savonnée, lavée à l'eau chaude, puis à l'alcool ; le vagin est savonné et largement irrigué à l'eau oxygénée, tandis que le doigt ganté et recouvert d'ouate nettoie bien les culs-de-sac. Il est bon, si on en a eu le temps, d'évacuer le rectum deux à trois heures avant d'intervenir à l'aide d'un lavage intestinal; en tout cas, la vessie sera vidée au début de l'opération par cathétérisme.

Comme instruments, vous aurez à votre portée (fig. 170) : deux valves vaginales, l'une courte et large, l'autre plus longue, deux

pinces de Museux à bec large et à dents mousses, deux pinces à pansement, une curette large et fenêtrée, une curette triangulaire de Bouilly, une sonde de Doléris, des écouvillons, une paire de ciseaux. Les matériaux à préparer d'avance sont : des tampons d'ouate stérilisée, une bande de gaz stérilisée, large de 5 à 6 centimètres, longue de 2 à 3 mètres, des champs, 100 grammes de teinture d'iode dans un flacon assez long et à large goulot (une éprouvette à pied serait l'idéal), 2 litres de solution iodo-iodurée (Voy. p. 388) ou d'eau oxygénée

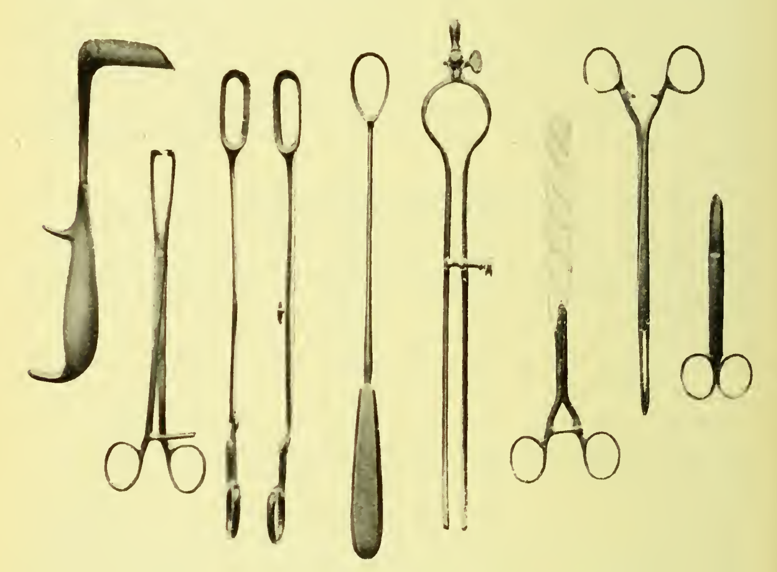


Fig. 170. — *Instruments nécessaires pour un nettoyage utérin.*

(Voy. p. 388), plusieurs litres d'eau bouillie chaude et froide, de la vaseline stérilisée. Un champ étant placé sur la paroi abdominale deux autres sur les cuisses et un au-dessous du siège de la malade, on procédera de la manière suivante :

1° ***Curage digital.*** — *C'est toujours le doigt qu'il faut introduire, d'abord dans l'utérus* ; lui seul va pouvoir apprécier ce qui s'y trouve; lui seul pourra en retirer complètement et sans danger les débris placentaires et les caillots. S'il s'agit d'une *infection post abortum*, le curage digital sera fait comme il a été dit à propos de l'avortement (Voy. p. 65). S'il s'agit d'une *infection post partum*, la technique en est presque exactement la même. La main gauche appuie au travers de l'abdomen, sur le fond de l'utérus, qu'elle abaisse au

maximum vers la vulve et qu'elle va maintenir pendant toute la durée du curage. La main droite, le gant bien vaseliné sur sa face dorsale, dispose ses doigts en cône et les enfonce dans le vagin ; elle fait pénétrer au travers du col l'index et le médius, tandis que l'annulaire et l'auriculaire, repliés vers la paume, se logent dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Les doigts intra-utérins vont gratter *méthodiquement* toutes les parties de l'endomètre, en détachant avec l'ongle toutes les aspérités, non seulement sur les deux faces, mais au niveau des bords, du fond et des cornes. Au bout de quelques instants, la main droite cède la place à la gauche, se place sur l'abdomen, et le même travail recommence, chaque main ne nettoyant bien que la moitié utérine de même nom qu'elle. Puis la main droite est réintroduite une dernière fois pour bien s'assurer que tous les débris sont détachés de l'endomètre : c'est alors, mais alors seulement que le curage digital doit être considéré comme terminé. La plupart des débris sont sortis de l'utérus au fur et à mesure qu'on les en a détachés ; ceux qui restent vont être facilement expulsés par l'*expression abdomino-vaginale* ; pressez l'utérus entre vos deux mains, l'une appuyant par l'abdomen sur sa face antérieure, et l'autre, par le cul-de-sac vaginal postérieur, sur sa face postérieure, ces débris seront chassés comme un noyau de cerise lancé par deux doigts. Une injection intra-utérine donnée à ce moment ferait sortir les quelques débris que n'auraient pu expulser les manœuvres précédentes.

Ceci fait, de deux choses l'une : ou bien l'endomètre contient des membranes ovulaires, sur lesquels le doigt n'a pas pu avoir de prise, ou bien il ne renferme plus que des débris minimes et adhérents que l'ongle n'a pu détacher. Dans le premier cas, on complète le curage par un écouvillonnage, dans le second on passe d'emblée au curettage.

2° ***Écouvillonnage.*** — C'est l'opération que nous avons décrite à propos de la rétention des membranes après la délivrance (Voy. p. 377). Il est bien entendu qu'on n'y aura pas recours s'il ne reste pas de débris membraneux *in utero*.

3° ***Curettage instrumental.*** — C'est là un très utile complément du curage digital, mais il ne faudra jamais oublier que le curettage est, dans l'état puerpéral, tout différent de ce qu'il est en gynécologie. Le muscle utérin, très mou, *ne crie pas* sous l'instrument qui le gratte ; *il se laisse perforer pour peu que l'on insiste avec une effrayante facilité.* Ce curettage ne doit donc être mené qu'avec la plus extrême prudence ; *il ne faut jamais lui demander d'enlever de gros débris*, un cotylédon placentaire par exemple : la curette glisse à

la surface du cotylédon, qui reste *in utero*; c'est au curage digital seul qu'incombe cette tâche.

D'ailleurs les dangers du curettage, très grands dans l'infection *post partum* et lors des deux ou trois premiers jours, le sont beaucoup moins dans l'infection *post abortum* et lorsqu'on le pratique vers le cinquième ou le sixième jour.

La valve courte et large déprimant la fourchette, une pince de Museux jetée sur la lèvre antérieure du col abaissant l'utérus, la curette fenêtrée est introduite *in utero* ; elle va gratter méthodiquement *et très légèrement* les deux faces, les deux bords et le fond, au niveau duquel on doit redoubler de prudence. Si le muscle utérin, particulièrement mou, semble n'offrir aucune résistance à la main qui manie l'instrument, n'insistons pas, une perforation serait trop à craindre. Enfin la curette triangulaire de Bouilly, maniée avec la même prudence que la précédente, passe dans les cornes utérines. Quand le curettage doit-il être considéré comme terminé ? Il ne faut, nous le répétons, *jamais compter sur le cri utérin* ; on arrêtera donc l'opération quand on ne verra plus sortir du col aucun débris appréciable. Ajoutons qu'on aura toujours soin *de bien curetter la cavité endocervicale*, ce qui est facile et relativement peu dangereux.

Accidents qui peuvent survenir au cours du curettage puerpéral. – Il y en a deux, l'un minime et passager, l'autre très grave.

a. Une hémorragie, par atonie utérine, vient parfois effrayer l'opérateur. La curette est aussitôt délaissée; le doigt, introduit *in utero*, s'assure qu'il n'y a pas de perforation ; une injection intra-utérine bien chaude jugule facilement la perte qu'on pourra toujours d'ailleurs arrêter avec le tamponnement (Voy. plus bas).

b. La perforation utérine est d'une tout autre gravité ! Étant donné qu'il s'agit d'un utérus septique, la seule conduite rationnelle consiste à tamponner immédiatement l'utérus, puis à faire, *dans le plus bref délai possible*, séance tenante si on le peut, l'*hystérectomie* : hystérectomie *vaginale* (Voy. *Gynéc.*), si l'on a affaire à un utérus *post abortum*, hystérectomie *abdominale totale* (Voy. *Gynéc.*), s'il s'agit d'une infection *post partum* ; le péritoine sera largement drainé. Si les conditions matérielles ne permettent pas ce traitement chirurgical et que la malade ne puisse pas être évacuée sur un hôpital ou une maison de santé où on pourra opérer dans les quelques heures suivantes, bornons-nous à appliquer un tamponnement intra-utérin, glaçons largement l'abdomen et attendons : tout pourra s'arranger ; sinon, au moindre signe de péritonite, l'indication de l'hystérectomie réapparaît.

Supposons ici que le curettage se soit passé sans accident ; l'opération sera terminée comme il suit :

4° *Injection intra-utérine et attouchement iodé.* — Avec la sonde de Doléris on pratique une injection intra-utérine (Voy. p. 362) iodo-iodurée ou à l'eau oxygénée aussi chaude que possible (48 à 50°), que l'on fait suivre d'un copieux attouchement iodé (Voy. p. 390) ; une injection vaginale débarrasse le vagin des débris qui ont pu y rester.

5° *Pansement utérin.* — Trois cas peuvent se présenter :

a. L'UTÉRUS NE SAIGNE PAS ; IL N'EST PAS COUDÉ ET SEMBLE DE CE FAIT POUVOIR SE DRAINER AISÉMENT. — Il est inutile de rien placer dans l'endomètre.

b. L'UTÉRUS SAIGNE. — Dans ce cas, l'opération est terminée par un tamponnement utérin à la gaze imbibée de teinture d'iode (Voy. p. 390) ;

c. L'UTÉRUS SE COUDANT SEMBLE DEVOIR MAL SE DRAINER. — On peut encore y placer un tamponnement, ou le drainer avec un tube métallique ou de caoutchouc (Voy. p. 389).

6° *Traitement consécutif.* — La malade, remise dans son lit, garde la glace en permanence sur la région hypogastrique. Fréquemment, dans les deux à quatre heures qui suivent l'intervention, elle est prise d'un frisson suivi d'une élévation thermique à 39° ou 40° ; ce phénomène n'a en lui-même aucune gravité.

Le pansement utérin est retiré au bout de douze heures. Matin et soir, on pratique une injection vaginale à l'eau oxygénée ou au permanganate. Il est inutile, à moins de rétention lochiale manifeste, de recourir aux injections intra-utérines.

Tout nettoyage utérin bien fait ne doit pas être répété ; ce n'est que dans le cas où un accident, l'hémorragie par exemple, aura fait arrêter un premier nettoyage avant que la cavité utérine ne soit vide qu'on sera autorisé à pratiquer de nouveau cette intervention au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Mais l'endomètre ayant été complètement vidé, si les phénomènes morbides continuent, c'est que l'infection a dépassé les limites de l'utérus ; elle relève alors du traitement général, qui sera exposé ci-après.

II. — TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Assez souvent le nettoyage utérin met fin à l'infection ; cela est vrai surtout quand cette intervention a permis de retirer quelques débris qui fermentaient *in utero* ; mais il est loin d'en être toujours ainsi. Aussi l'intervention locale, premier terme du traitement, ayant été exécutée, faut-il recourri à la thérapeutique générale, dont voici les principaux points.

1° ***Fonctionnement des émonctoires.*** — Chaque matin l'*intestin sera soigneusement évacué* à l'aide d'un lavement ; pour peu qu'il y ait constipation, il faudra recourir aux laxatifs légers : huile de ricin, eau de Sedlitz par petites doses.

2° ***Alimentation.*** — Si les urines ne présentent pas d'albumine, il est inutile de soumettre la malade au régime lacté. Elle usera de tous les aliments de digestion facile : bouillons végétaux, légumes en purée, viande crue ou pulpée, œufs à peine cuits, crèmes, laitages, compotes. Chaque repas sera peu copieux. *La malade boira abondamment* : du lait, des tisanes (queue de cerise, chiendent), des infusions (tilleul, thé faible, menthe).

3° ***Soutien de l'état général.*** — Dans les formes légères, il n'y a rien de plus à faire ; si l'infection est sérieuse, si la malade réagit mal, il est bon de recourir aux *injections sous-cutanées de sérum artificiel*, à faibles doses, 250 grammes environ, répétées chaque jour. L'*alcool* sous forme de thé au rhum, de grogs, est indiqué chez les femmes particulièrement déprimées.

Quand un frisson se déclare, il faut réchauffer la malade en l'entourant de draps chauds et de couvertures de laine, puis en lui faisant absorber, par petites quantités, une boisson chaude et stimulante (potion de Todd, thé au rhum).

4° ***L'infectée peut-elle allaiter?*** — Si l'infection est très légère, la femme peut continuer à donner le sein, soit exclusivement, soit en faisant alterner les tétées avec des biberons (allaitement mixte) ; mais, pour peu que les phénomènes infectieux semblent un peu sérieux, mieux vaut éviter à la femme cette cause de fatigue et arrêter par la compression mammaire (Voy. p. 412) une montée laiteuse qui, d'ailleurs, a déjà tendance à se tarir spontanément.

5° ***Lever de l'accouchée.*** — La femme qui a eu de l'infection puerpérale ne quittera son lit que plusieurs jours après la cessation de toute élévation thermique et alors que l'utérus ne déborde plus ou presque plus le plan du détroit supérieur; un lever plus précoce l'exposerait aux très graves risques d'une embolie (Voy. p. 410).

§ 3. — TRAITEMENT DES INFECTIONS ANNEXIELLES.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des salpingo-ovarites ne se déclarant que tardivement à la suite de quelque infection puerpérale ; leur traitement sera exposé tout au long dans la seconde partie de cet ouvrage (Voy. *Gynéc.*). Nous envisagerons uniquement le cas où

la lésion annexielle, apparaissant dans le *post-partum* même, est, de suite, assez manifeste pour dominer la scène. Remarquons tout d'abord que c'est là, sauf exception rare, une *forme bénigne* de l'infection puerpérale, l'annexité jouant le rôle d'un véritable abcès de fixation; par contre, c'est une forme de *longue durée,* la malade étant retenue au lit pendant plusieurs semaines.

En clinique, on en rencontre deux variétés : la tuméfaction latéro-utérine sans abcès collecté, et le phlegmon suppuré du ligament large.

I. — Tuméfaction latéro-utérine sans abcès collecté.

Le toucher combiné au palper permet de reconnaître, à droite ou à gauche de l'utérus, un empâtement dur, pas très douloureux, se prolongeant en arrière de la matrice, indurant, sans le déprimer, le dôme vaginal ; la fièvre persiste, oscille, mais l'état général est bon. Il faut se borner à un *traitement antiphlogistique* ainsi compris : 1° *application de glace* en permanence sur la région hypogastrique ; 2° *irrigations vaginales à* 50°, répétées matin et soir avec 4 à 5 litres d'eau bouillie, additionnée ou non de permanganate et s'écoulant très lentement sous une pression de 30 à 40 centimètres; pendant ces irrigations, le siège de la malade doit être plus élevé que le reste du corps ; 3° *lavages rectaux* : chaque matin, après un lavement évacuateur, on fait pénétrer dans le rectum, sous très faible pression 300 grammes environ d'une infusion de guimauve à 48°, que l'accouchée s'efforcera de garder pendant vingt minutes environ. Ce traitement sera continué tant qu'il existe une masse appréciable, c'est-à-dire pendant plusieurs semaines. La femme ne devra quitter le lit que plusieurs jours après la dernière élévation thermique. Pendant ce temps on aura soin de veiller à son alimentation de façon à l'empêcher de s'affaiblir; on assurera pendant la phase aiguë le repos et le sommeil à l'aide des calmants habituels : petits lavements de chloral et d'antipyrine, laudanum, voire même injections de morphine.

Si, par la suite, la masse indurée ne régresse qu'avec une extrême lenteur, on aidera à sa disparition grâce aux injections intramusculaires de *fibrolysine* (deux à trois ampoules par semaine).

II. — Phlegmon suppuré latéro-utérin.

Quand la collection suppure, l'état général est notoirement plus affecté : la courbe thermique décrit de fortes oscillations, les frissons se répètent ; la malade souffre beaucoup et ne peut reposer.

L'examen local montre que l'inflammation siège soit dans le ligament, soit dans la gaine hypogastrique.

1° **Phlegmon du ligament large.** — Il y a de la défense musculaire au niveau de la région hypogastrique ; le palper est extrêmement douloureux ; il montre l'empâtement de l'une des fosses iliaques. Un plastron œdémateux plus ou moins étendu annonce qu'il y a du pus dans la profondeur. A ce moment, il convient d'ouvrir cette collection. Cette ouverture se fait par *laparotomie latérale.*

La malade étant endormie, on désinfecte, à la teinture d'iode (Voy. p. 72), de façon à ne point traumatiser une région aussi enflammée, les téguments sous-ombilicaux. On fait alors au bistouri *une incision longue de 10 à 12 centimètres environ, parallèle à l'arcade de Fallope*, et située à deux travers de doigt au-dessus d'elle. Cette incision est faite prudemment, de façon à ouvrir les différents plans successivement. Parfois, le pus s'est infiltré dans ces couches superficielles, et rapidement le bistouri lui donne issue : en pareil cas, des adhérences isolent le foyer du reste de la grande cavité péritonéale. S'il n'en est pas ainsi, il convient de ne pas ouvrir la séreuse abdominale, mais de cheminer vers l'abcès, par *voie sous-péritonéale.* Pour ce faire, un aide écarte, au moyen des écarteurs de Farabeuf, les deux lèvres de la plaie abdominale ; le péritoine pariétal, qui n'a pas été ouvert apparaît dans le fond de cette brèche ; à l'aide d'une compresse, on en décolle le cul-de-sac, sur une hauteur de plusieurs centimètres, et on le confie à l'écarteur qui maintient la lèvre supérieure. Le foyer étant mis à nu, il n'y a plus qu'à l'ouvrir largement au bistouri. Que l'on ait passé par voie trans ou sous-péritonéale, le phlegmon doit toujours être largement incisé; du pus s'en écoule souvent en grande abondance ; on l'éponge, à mesure, à l'aide de compresses de gaze ; il est tout à fait inutile de faire des lavages dans cette poche ; on se borne à y placer *deux forts drains de caoutchouc*, puis on rétrécit la brèche opératoire, au moyen de quelques crins de Florence. Un large pansement absorbant (compresses et ouate hydrophile) termine l'intervention ; il sera renouvelé matin et soir. Les drains seront laissés en place tant que l'écoulement purulent persiste ; quand celui-ci se réduit à très peu de chose, il est facile d'aider à la cicatrisation du foyer en y introduisant deux fois par jour des mèches imbibées de bouillon lactique (Voy. p. 387).

2° **Phlegmon de la gaine hypogastrique.** — Les symptômes généraux sont les mêmes, mais c'est par le vagin que le pus tend à se faire jour ; il n'y a que peu de défense abdomi-

nale, pas de plastron hypogastrique ; mais le toucher montre qu'un des culs-de-sac latéro-postérieurs est très douloureux, chaud, œdématié, parfois même déprimé. C'est donc là qu'il faut *ouvrir*, grâce à la *colpotomie* (Voy. p. 400). Cette opération est calquée sur celle que l'on fait en cas de pelvi-péritonite : tout au plus peut-on dire que l'incision doit en être un peu *latéralisée.*

§ 4. — TRAITEMENT DES PÉRITONITES PUERPÉRALES.

La péritonite puerpérale peut être localisée au bassin et à la région basse de l'abdomen, c'est la pelvi-péritonite, ou généralisée à toute la cavité abdominale.

I. — TRAITEMENT DE LA PELVI-PÉRITONITE.

A la suite d'un avortement provoqué, alors qu'un agent traumatique a peut-être perforé l'utérus au niveau de l'isthme ou du cul-de-sac vaginal postérieur, une femme présente tous les signes d'une affection péritonéale : vomissements porracés, constipation opiniâtre, météorisme, sensibilité abdominale ; on croit à une péritonite généralisée ; mais bientôt les signes locaux se cantonnent à la région hypogastrique, au niveau de laquelle le palper constate une forte défense musculaire liée à un plastron œdémateux ; le toucher montre que l'utérus est immobilisé dans un magma douloureux, empâtant tout le dôme vaginal; puis le cul-de-sac postérieur se distend et bombe par en bas : à ce moment, il y a un abcès pelvien collecté, qu'il va falloir évacuer. Mais, pendant que cet abcès se constitue, on doit mettre en jeu un traitement de nature à prévenir, dans la mesure du possible, la propagation de l'infection à la grande cavité séreuse.

I. — Conduite à tenir en attendant le moment d'inciser.

La malade reste couchée sur le dos et rigoureusement immobile ; des briques sont placées sous les pieds de la tête du lit, de façon à mettre la femme en situation proclive et à empêcher ainsi tout liquide du Douglas de refluer vers la région haute du péritoine. Le traitement consiste en :

1° Glaçage en permanence de la totalité de l'abdomen, à l'aide de trois ou quatre vessies suspendues à un cerceau. Nuit et jour, ce glaçage doit être surveillé et entretenu.

2° Immobilisation des intestins a l'aide d'injections de morphine répétées, trois à quatre fois par jour, par quart de seringue.

3° Diète absolue pendant trois a quatre jours. Pendant ce temps, la malade trompera sa soif en suçant de petits fragments de glace et en se rinçant la bouche, toutes les trois ou quatre heures. Puis, quand les signes de péritonite généralisés sont écartés, on reprend l'alimentation liquide, en faisant absorber, toutes les heures quelques gorgées d'eau et de lait.

4° Injections sous-cutanées de sérum artificiel, à la dose de 1 000 gr. par jour (en une ou deux fois) pour soutenir la malade.

II. — Incision de la collection pelvienne par colpotomie.

Quand le cul-de-sac postérieur, particulièrement douloureux, bombe dans le vagin, il faut intervenir par colpotomie.

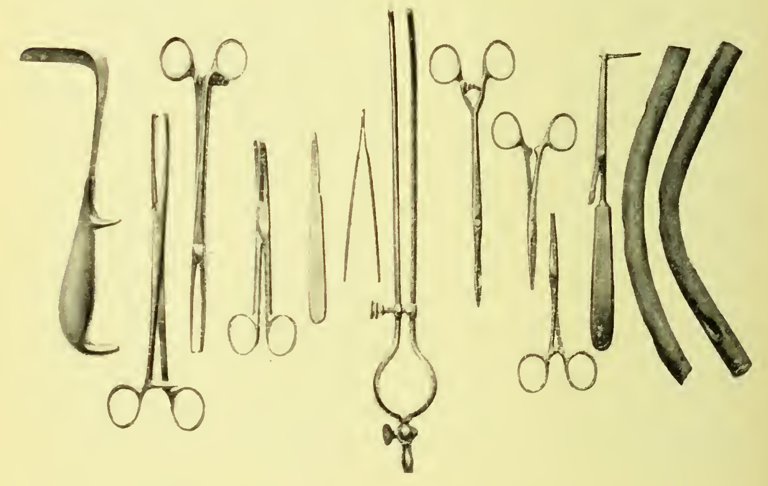


Fig. 171. — *Instruments nécessaires pour la colpotomie.*

Technique de la colpotomie. — Cette opération, qui est simple, nécessite un minimum d'instruments (fig. 171) : une valve vaginale courte et large, une pince de Museux, un bistouri, une paire de forts ciseaux droits, une paire de forts ciseaux courbes, un clamp courbe, une pince à pansement, trois ou quatre pinces de Kocher, une canule de verre à trou terminal.

La malade est anesthésiée : on la place en attitude obstétricale, les membres inférieurs maintenus fléchis et écartés par des aides, ou grâce à deux étriers. La vulve est rasée, puis savonnée et lavée à l'eau chaude, ainsi que le vagin, dont on frotte soigneusement les

parois et les culs-de-sac, ainsi que le museau de tanche; la vessie est évacuée par cathétérisme; une injection à l'eau oxygénée termine ces préparatifs. Des champs stérilisés sont disposés sur l'abdomen, sur les cuisses et sous le siège. L'opérateur s'assoit en face de la région génitale, qui doit être à bonne hauteur et bien éclairée.

La valve, que tiendra la main droite de l'aide placé à la gauche de l'opérateur, déprimant fortement la paroi vaginale postérieure, on jette sur la lèvre postérieure du col une pince de Museux ; celle-ci sera confiée à la main gauche de l'aide, qui l'attirera en avant et un peu en haut. Le cul-de-sac postérieur est ainsi étalé sous les yeux de l'opérateur ; il n'y a plus qu'à l'ouvrir. Ceci peut être fait au bistouri, si la collection bombe très nettement : elle est alors ouverte, comme tout autre abcès superficiel. Dans tout autre cas, mieux vaut inciser, d'abord, la muqueuse vaginale, sans essayer de donner d'emblée issue au pus. Avec les ciseaux courbes, on incise donc transversalement la muqueuse vaginale, sur une longueur de 3 à 5 centimètres environ; cette incision doit être proche de l'insertion du vagin sur le col; elle occupera bien nettement le cul-de-sac postérieur et n'empiétera que le moins possible sur les côtés, là où sont les vaisseaux. La muqueuse étant incisée, on peut, avec le doigt, en refouler, par en bas, la lèvre postérieure, de façon à rendre la brèche vaginale bien béante.

Ceci fait, de deux choses l'une :

1° *Ou bien on arrive de suite sur une poche saillante, tendue*, qui ne demande qu'à s'ouvrir, et dans laquelle il n'y a qu'à plonger la pointe du bistouri, pour donner issue au pus.

2° *Ou bien on est à quelque distance de la collection*, qui ne fait point spontanément saillie vers le vagin. La grosse faute à éviter consiste à aller à l'aveuglette, à inciser, ou à dilacérer les tissus au hasard, au risque de se perdre latéralement dans les ligaments larges, ou de léser en arrière le rectum. *Il faut commencer par repérer la poche purulente, à l'aide du toucher rétro-utérin combiné au palper :* la main gauche prenant appui sur la région hypogastrique, la main droite introduit son index dans la brèche du cul-de-sac postérieur ; cet index, la pulpe tournée vers le haut, prend contact avec la face postérieure du col et, ne quittant pas ce sûr point de repère, remonte le long de la ligne médiane, en arrière de l'utérus, jusqu'à ce qu'il sente la collection qu'il recherche. A ce moment, mais à ce moment seulement, cette collection va être ouverte, soit que l'index lui-même l'effondre, soit qu'on préfère la percer en y introduisant un clamp courbe, guidé par la main gauche. Ce clamp est introduit fermé ; une fois que ses mors ont pénétré dans la poche, on les écarte, tandis qu'on retire

la pince, et on donne ainsi à l'ouverture la dimension nécessaire pour un facile écoulement du pus. Cette pratique est excellente. Le pus qui s'écoule est quelquefois très abondant et ordinairement d'une fétidité très marquée; une injection vaginale l'entraîne au dehors. On peut, en terminant, introduire la canule dans la poche et y faire passer un peu d'eau oxygénée, mais ceci très prudemment : la canule est enfoncée de 2 à 3 centimètres seulement, et le liquide s'écoule sous très faible pression. Avant de terminer l'opération, on s'assure : 1° *qu'il n'y pas une seconde poche*, qu'il faudrait ouvrir comme on vient de le faire pour la première ; 2° *qu'il n'y a pas d'hémorragie de la tranche vaginale.* Il est facile d'arrêter ce suintement grâce à une injection chaude; si cela ne suffit pas, on applique une pince en T sur la tranche de section, ou on fait un tamponnement à la gaze. Très généralement, il n'est pas besoin de recourir à ces moyens.

On termine l'intervention *en plaçant un drain en T dans la poche pelvienne*, drain assez long pour que son extrémité arrive à l'extérieur de la vulve, au niveau du pansement absorbant, qui sera renouvelé trois à quatre fois par vingt-quatre heures. Ce drain sera maintenu en place assez longtemps.

La malade est replacée dans son lit où l'*on a soin de l'asseoir*, dès qu'elle est bien réveillée, position que l'on maintiendra les jours suivants, comme très favorable au drainage par voie basse.

Si, dans les jours suivants, le pus paraît ne pas s'écouler, on peut faire un lavage de la cavité, à l'eau oxygénée, en entrant une canule à trou terminal dans le drain. Dans le cas contraire, les lavages sont inutiles. Après l'ablation des drains, on institue les injections vaginales chaudes, répétées matin et soir.

II. — TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE.

Toute péritonite puerpérale généralisée doit être opérée ; l'intervention, qui seule permet la guérison, a d'autant plus de chance de réussir qu'elle sera pratiquée plus tôt. — Toute la question se borne donc à savoir *poser le diagnostic* de cette affection, et il faut bien convenir qu'il y a en médecine peu de problème, plus embarrassants. C'est que, dans nombre de cas, le tableau classique de la péritonite se trouve, chez la nouvelle accouchée, extrêmement réduit : le ballonnement de l'abdomen, la douleur peuvent faire complètement défaut ; il en est de même, quoique plus rarement, des vomissements. C'est alors par l'état du pouls, rapide et petit, en désaccord avec la température, par l'accélération des mouvements

respiratoires, que l'on arrive à poser le diagnostic de péritonite. D'autre part, il peut y avoir, à la suite de manœuvres abortives par exemple, tous les signes d'une péritonite, alors qu'il n'y a, en réalité, que *péritonisme* ; d'où en somme la possibilité d'une double erreur :

1° *On opère une femme n'ayant pas de péritonite.* Ceci est de conséquence nulle, si l'on sait faire l'intervention minimale; le shock ne compte pas, et il n'est pas impossible que l'intervention empêche la septicémie de se généraliser, en permettant une dérivation des produits infectieux;

2° *On n'opère pas une femme atteinte de péritonite,* et c'est alors la mort en quelques jours.

Donc, en cas de doute, il faut toujours intervenir. Cette intervention consiste non pas dans la colpotomie, opération trop aveugle, mais dans l'ouverture du péritoine par laparotomie.

Technique de la laparotomie pour péritonite puerpérale généralisée. — La femme est anesthésiée à l'*éther*. La paroi abdominale est désinfectée à la teinture d'iode (Voy. p. 72) ; la vulve est rasée, le vagin savonné et irrigué à l'eau oxygénée, la vessie évacuée par cathétérisme. La malade est d'abord laissée *en situation horizontale*. Des champs stérilisés limitant la seule région sous-ombilicale médiane, on fait au bistouri une incision longitudinale et médiane, à égale distance du pubis et de l'ombilic, longue de 5 à 6 centimètres et intéressant exclusivement les téguments superficiels ; une boutonnière est faite ensuite au travers du plan musculo-aponévrotique, puis au travers de la couche graisseuse profonde. Saisissant alors, à l'aide d'une pince à griffes, le péritoine, on y pratique avec la lame du bistouri une très légère incision ; les deux lèvres de la séreuse sont immédiatement saisies à l'aide de deux pinces de Kocher. Ceci fait, on regarde quel est l'état de l'abdomen : est-il manifestement sain ? on pourrait le refermer, comme à la suite de toute laparotomie exploratrice ; mieux vaut y placer un drain, plongeant vers le Douglas; puis on suture rapidement à l'aide de quelques crins de Florence. Le tout n'aura pas duré dix minutes.

Y a-t-il péritonite ? Agrandissons aussitôt l'incision à l'aide de ciseaux, en ayant soin de bien soulever la paroi avec les doigts qui guident la lame de l'instrument, de façon à ne pas ouvrir par mégarde quelque anse grêle adhérente. Le pus s'écoule souvent en abondance ; on l'absorbe à l'aide de compresses de gaze. Puis la main plongée dans l'abdomen va à la recherche de l'utérus pour en reconnaître l'état. *La matrice est-elle perforée* ? Le mieux est de pratiquer, séance tenante, l'*hystérectomie abdominale totale* (Voy. *Gynéc.*).

Dans le cas où l'état très grave de la malade semble s'opposer à pareil traumatisme, on peut se borner à toucher au thermocautère l'orifice de perforation et à y placer un gros drain, passant de l'abdomen dans le vagin. *L'utérus est-il intact* ? Il faut se borner à pratiquer la *toilette*, puis le *large drainage du péritoine*. Des compresses sèches montées sur des pinces à pansement étanchent le pus au niveau des fosses iliaques, essuient doucement les anses grêles.

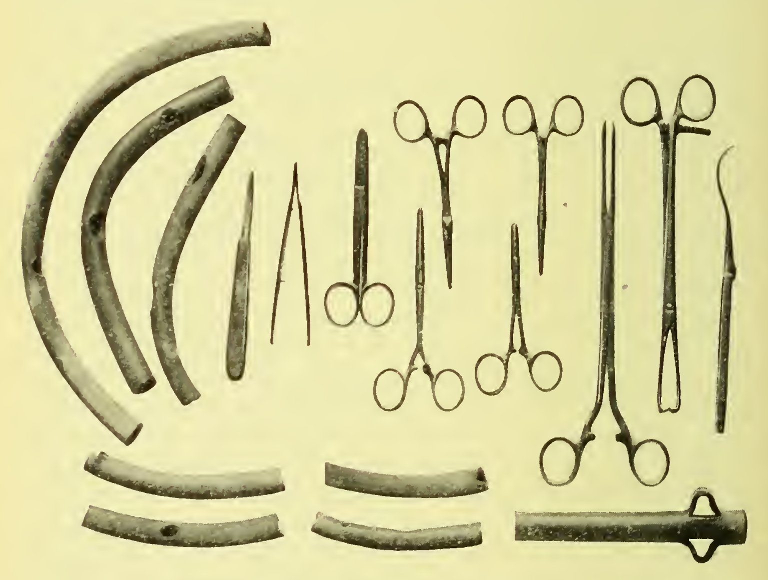


Fig. 172. — *Instruments nécessaires pour le traitement d'une péritonite généralisée*, au moyen des multiples incisions de drainage.

Ceci fait, on pratique *deux contre-incisions latérales*, au niveau des deux flancs, aussi en arrière que possible, ayant chacune une longueur de 6 à 8 centimètres. On peut, également, pratiquer une colpotomie postérieure : un aide introduit par le vagin un clamp courbe dans le cul-de-sac postérieur et présente ainsi, à l'opérateur, la face supérieure de ce cul-de-sac, qu'il va être facile d'inciser, avec la pointe des ciseaux, entre les deux mors légèrement écartés de ce clamp. Deux drains sont placés dans chacune des contre-incisions latérales et dans l'incision du cul-de-sac ; deux autres ressortent enfin par l'incision antérieure, que l'on ferme en un seul plan avec quelques fils de soie séparés (fig. 172).

Le pansement est renouvelé matin et soir. La malade, placée en

position proclive (la tète beaucoup plus haute que les pieds), est laissée à la diète absolue pendant quatre à cinq jours ; elle reçoit quotidiennement 1 litre de sérum en injections sous-cutanées et des injections d'huile camphrée, répétées toutes les trois heures, tant que le pouls n'est pas bien frappé.

Telle est cette intervention, très simple, très facile, très brève, et qui ne comporte qu'un shock réellement insignifiant.

§ 5. — TRAITEMENT DE L'INFECTION GÉNÉRALISÉE.

Le traitement local, méthodiquement et rapidement appliqué, préviendra généralement la généralisation de l'infection. Dans les rares cas où il en serait autrement, il ne faudrait pas s'attarder à une thérapeutique utérine, désormais inutile, mais traiter la femme comme toute autre septicémiée. On obéira aux diverses indications que voici.

I. — Soutenir les forces de la malade.

On y arrive par plusieurs moyens :

A. **En instituant une alimentation de facile assimilation.** — Le lait en composera la majeure partie ; on peut y ajouter la viande crue pulpée, les farines légères, les œufs pris crus ou incorporés au bouillon, des compotes de fruits. La malade doit boire abondamment : tisanes de queues de cerises, de chiendent, infusions de toute espèce, thé faible, menthe, café ; on pourra user de la formule suivante :

Chloroforme pur........................	5	grammes
Cognac.............................	95	—
Limonade gazeuse...	900	—

C'est là une boisson extrêmement stimulante. Tous les aliments, solides et liquides, seront pris fréquemment, mais *par petites quantités*, de façon à ne point provoquer de vomissements.

B. **Par des injections de sérum artificiel.** — A la dose quotidienne de 250 grammes environ. On peut faire usage, avec profit, du *sérum strychniné* (1 milligramme de sulfate de strychnine par injection).

C. **Par des injections de caféine ou d'éther.** — S'il y a tendance au collapsus.

D. **En favorisant le sommeil.** — Si la malade n'arrive pas à dormir spontanément, on lui fera absorber, chaque soir, un cachet de $0^{gr},25$ de *véronal* dans une tasse de tilleul chaud.

II. — Combattre l'hyperthermie.

Deux moyens, qui peuvent être employés concurremment, sont à notre disposition : les antithermiques et la balnéation.

1° **Les antithermiques.** — La femme prendra, journellement, soit du *sulfate de quinine* (1 gramme en deux doses), soit de l'aspirine (2 grammes en quatre doses). Si l'estomac se montre particulièrement rebelle, on aura recours aux injections intramusculaires de bromhydrate de quinine.

2° **La balnéation.** — C'est là un moyen extrêmement précieux, et auquel on aura très volontiers recours, à moins de contre-indication provenant de l'existence d'une complication cardiaque ou d'une phlébite. La balnéation sera conduite d'après les mêmes principes que lorsqu'ils s'agit d'une fièvre typhoïde : toutes les quatres heures, on place le thermomètre; si la température atteint 39°, ou davantage, on plonge la femme dans un bain à 30 ou 28°, que l'on refroidit progressivement par addition douce et continue d'eau froide jusqu'à 25°, 20° ou 18° en cas de forte hyperthermie. Pendant que la femme est dans son bain, on lui asperge la tête avec de l'eau froide, et on lui fait boire quelque boisson stimulante : grog, thé, etc. Le bain dure ainsi vingt minutes à une demi-heure; la femme est ensuite essuyée rapidement, puis enveloppée dans une couverture de laine, où on la laisse faire sa réaction. Quand, pour une raison quelconque, les bains ne peuvent être employés, on les remplace par des *lotions* à l'eau froide alcoolisée et des enveloppements humides, ce qui, d'ailleurs, est moins efficace.

III. — Tenter d'augmenter les défenses naturelles de l'organisme.

Parmi les très nombreuses méthodes qui ont été proposées, il en est une qui, actuellement, semble donner vraiment des résultats satisfaisants : c'est l'*emploi des injections d'argent colloïdal.* Cet agent thérapeutique assure peut-être dans une certaine limite l'antisepsie veineuse; à coup sûr, et ce semble être son principal mode d'action, il produit une très forte leucocytose.

L'argent colloïdal sera employé de deux manières : en injections intraveineuses et en injections intramusculaires ; ces deux voies seront suivies concurremment, la seconde n'étant qu'une adjuvante de la première, la seule réellement active. Pour toutes ces injections, on se servira, de préférence, de l'électrargol.

1° **L'injection intraveineuse d'électrargol.** — Cette injection se fait d'après une technique aussi simple que possible. La région où l'on va faire la piqûre, de préférence le pli du coude (ou toute autre région où les veines soient bien saillantes), est préparée comme pour une saignée : c'est-à-dire qu'on la désinfecte par lavage à l'eau et au savon, qu'on la passe ensuite à l'alcool, puis à l'éther ; ceci fait, on produit un gonflement des veines, en comprimant le membre au-dessus du point que l'on va piquer, soit à l'aide d'un lien quelconque, soit très commodément avec un drain de caoutchouc dont les chefs, entre-croisés, sont maintenus en contact par une pince de Kocher, ligature qui a le grand avantage d'être très facilement levée, aussitôt qu'il sera nécessaire. Une veine, la médiane céphalique par exemple, étant bien saillante, on y enfonce *aussi obliquement que possible*, presque en rasant tangentiellement la peau, une aiguille longue de 5 centimètres, et à biseau court, aiguille qui doit transpercer la peau et pénétrer dans la veine, mais non pas la perforer de part en part. Si cette aiguille a bien pénétré dans la veine, on voit sourdre une goutte de sang à son extrémité externe ; à ce moment, on lève la ligature, puis on ajuste, à cette extrémité, et grâce à un embout de caoutchouc, une seringue de Roux ou de Lüer, chargée de 10 centimètres cubes d'électrargol, que l'on pousse lentement dans la veine, en ayant bien soin de n'imprimer aucun mouvement à l'aiguille. Sitôt l'injection faite, l'aiguille est brusquement retirée, et une goutte de collodion est déposée au niveau de la piqûre.

Environ deux heures après l'injection, la malade est prise d'un *fort frisson*, suivi d'une élévation thermique de 40 à 41°. Ce phénomène, dont on ne doit nullement s'effrayer, traduit la réaction de l'organisme et est plutôt de bon augure. L'injection intraveineuse pourra être renouvelée au bout de quarante-huit heures et de nouveau, deux jours plus tard, et ainsi de suite tant que cela semble nécessaire.

Les accidents possibles consistent en :

a. Production d'un petit thrombus, par suite de la transformation de la veine par l'aiguille ; il est de peu de conséquence ; on peut d'ailleurs l'éviter, si l'on a soin de ne jamais commencer l'injection tant que la goutte de sang qui sourd à l'extrémité externe n'est pas venue nous prouver que l'aiguille est bien dans la veine.

b. Hémorragies diverses. — Les injections intraveineuses de collargol ayant été, dans certains cas, suivies d'hémorragies à siège multiple, on conseille actuellement de pratiquer systématiquement, deux heures avant, une injection intramusculaire de *10 centimètres cubes*

de sérum de cheval. Cette très utile précaution ne peut avoir que des avantages.

2° **Les injections intramusculaires d'électrargol.** — Elles seront utilisées à titre d'adjuvant : soir et matin, on fait une injection de 10 centimètres cubes d'électrargol dans les muscles fessiers.

IV. — Tenter de fixer l'infection.

L'abcès de fixation (méthode de Fochier) rendra, enfin, de très grands services dans les cas où la maladie n'a pas tendance à se fixer spontanément, en un point de l'organisme, y donnant lieu à une phlébite, à un abcès pelvien, qui souvent marquent la fin de l'infection généralisée. Cette méthode, d'emploi toujours possible, et très certainement inoffensive, *mérite qu'on y ait recours sans trop attendre*, c'est-à-dire dès qu'il est hors de doute qu'il s'agit bien d'une infection généralisée et non plus seulement d'accidents locaux, utérins ou annexiels. Il est bien entendu qu'*elle est parfaitement compatible avec l'emploi des injections intraveineuses de collargol.*

La technique en est particulièrement simple : au niveau de l'abdomen, *à peu près à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-inférieure gauche*, injectez, à l'aide de la seringue de Roux, *5 centimètres cubes d'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire sous-cutané.* Poussez cette injection *avec la plus extrême lenteur*, de façon à prévenir la diffusion de l'essence dans cette couche si lâche. Si, dans les quarante-huit heures, il n'y a qu'une réaction inappréciable, le pronostic est des plus sombre : à tout hasard, tentez une seconde piqûre, au besoin une troisième. Si la malade est susceptible de guérir, vous observerez, au contraire, une violente réaction locale, et bientôt un abcès va se former, dont vous calmerez la tension et la douleur par l'application permanente de pansements humides. *Cet abcès ne doit être ouvert que le plus tard possible*, quand le pus est à fleur d'épiderme. On en aidera, ensuite, la guérison, soit grâce à l'application de poudre de talc stérilisée et de perborate, soit au moyen de pansement au bouillon lactique (Voy. p. 337).

En résumé, trois méthodes, qu'il faut savoir employer tour à tour ou concurremment, nous permettent de combattre l'infection puerpérale généralisée : la *balnéothérapie*, les *injections intraveineuses d'électrargol* et l'*abcès de fixation*.

V. — Traitement des diverses complications intercurrentes.

Quand l'infection puerpérale prend le *type pyohémique*, on observe toute une série de métastases, de suppurations locales, qu'il faut

combattre au fur et à mesure qu'elles apparaissent : c'est ainsi qu'on traitera par la pleurotomie une collection purulente de la plèvre, par l'arthrotomie une arthrite à épanchement, par l'incision et le drainage tout phlegmon sous-cutané, etc.

Dans ces cas, désespérants de longueur, ce n'est qu'à force de persévérance qu'on arrive à mener jusqu'à la convalescence l'évolution d'une infection qui semble, parfois, ne vouloir s'éteindre qu'après avoir touché tous les points de l'organisme. Est-il besoin d'ajouter que, pendant tout ce temps, il faut surveiller de très près le siège de la malade pour prévenir l'apparition d'escarres fessières ?

Une fois sortie de la phase dangereuse, la malade reste longtemps affaiblie, et particulièrement désarmée contre l'envahissement de toute autre maladie, et notamment de la tuberculose. C'est en pareil cas qu'un séjour au grand air et que les injections arsenicales peuvent rendre de signalés services.

§ 6. — TRAITEMENT DE LA « PHLEGMATIA ALBA DOLENS ».

Très généralement, la *phlegmatia alba dolens* dénote une infection atténuée, bénigne. Son seul danger, heureusement exceptionnel, réside dans la possibilité d'une embolie ; toute la surveillance médicale consiste donc à prévenir ce redoutable accident.

I. — Traitement pendant la phase fébrile.

Il consiste dans l'**immobilisation rigoureuse du membre malade.** La femme étant couchée sur le dos, les épaules rehaussées par un coussin, on entoure la jambe et la cuisse malades d'une épaisse couche d'ouate hydrophile, puis on les étend dans une gouttière métallique, en ayant soin d'empêcher tout frottement au niveau des chevilles, du talon, ou en haut de la cuisse, là où la portion charnue pourrait se couper contre le rebord de la gouttière. Le pied sera maintenu en équerre. Plusieurs fois par jour, on inclinera cette gouttière sur un coussin de balle d'avoine disposé en plan incliné, de façon à surélever le pied.

Sous aucun prétexte, il ne faut faire asseoir la malade : c'est dire tous les services que peuvent rendre, en pareil cas, lorsque la malade va à la selle, les appareils spéciaux qui permettent d'élever la femme au-dessus du plan du lit sans la bouger, et de surveiller ainsi aisément la région fessière, où trop facilement quelque escarre se formerait si l'on n'y prenait garde.

Le traitement général est le même que celui qui a été indiqué

plus haut (Voy. p. 395). Ajoutons que, dans le cas où l'œdème est très prononcé, on arrive parfois à le faire diminuer, en instituant le régime déchloruré (Voy. p. 36).

Si, en dépit de toutes ces précautions, une embolie se produit et que la malade ne succombe pas sur le coup, il faudra maintenir l'immobilisation plus rigoureuse que jamais et donner à la femme des inhalations d'oxygène.

II. — Traitement consécutif.

Quand toute température a disparu depuis une semaine au moins, c'est-à-dire trente, quarante jours après le début des accidents, il convient de combattre les raideurs articulaires et l'atrophie musculaire par le *massage* et la *mobilisation*.

Le *massage* sera fait matin et soir, pendant dix minutes, puis vingt minutes, d'abord très doucement, très superficiel ; puis on insistera davantage, et on y joindra des tentatives de mobilisation au niveau des articulations du cou-de-pied et du genou.

La femme se lèvera quelques jours après le début du massage ; tout de suite, elle commence par faire un peu de marche, pendant cinq, puis dix minutes à la fois ; dans l'intervalle de ces exercices, elle restera *étendue*, la jambe légèrement surélevée. Le port d'un bas à varices, ou tout au moins d'une bande de crépon, sera utile pendant plusieurs semaines. L'*électrisation* aidera à combattre l'atrophie musculaire. et la cure de Bagnolles-de-l'Orne rendra les plus grands services.

II. — TRAITEMENT DES INFECTIONS MAMMAIRES.

I. — Traitement des gerçures et crevasses du sein.

1° **Prophylaxie.** — Il est bon de *préparer les bouts de sein*, en vue de l'allaitement, dans les derniers temps de la grossesse, en les lavant, soir et matin, à l'eau chaude et au savon pour les frotter, ensuite, avec un peu d'alcool rectifié : cette méthode offre le double avantage de débarrasser les bouts de sein de la matière sébacée qui les recouvre et d'en durcir l'épiderme. *Lors de l'allaitement*, il faut, après chaque tétée, laver les mamelons avec un peu d'eau bouillie faiblement alcoolisée et les attoucher avec une fine compresse imbibée de la solution suivante :

Alcool à 90°........................	} āā 20 grammes.
Glycérine neutre....................	}

Ceci fait, le sein sera recouvert d'une compresse de gaze, *sèche et stérilisée*, maintenue en place par un bandage de toile, qui ne sera levé que lors de la tétée suivante.

Si les bouts de sein sont particulièrement courts, il est bon de les faire saillir à l'aide d'une téterelle, au lieu de laisser ce soin à l'enfant, qui les mâchonnerait en vain. En aucun cas, le nourrisson ne sera laissé au sein au delà du temps strictement nécessaire pour la tétée. Ajoutons enfin qu'il faudra lui nettoyer soigneusement la bouche, avant la tétée, s'il présente, de ce côté, quelque infection, le muguet par exemple.

2° **Traitement curatif.** — Si les fissures sont multiples et profondes, le mieux est de supprimer momentanément l'allaitement du côté malade ou du moins d'espacer les tétées. L'enfant prendra le sein non plus directement, mais par l'intermédiaire d'un bout de sein (de Bailly) ou d'une téterelle (d'Auvard, de Budin).

On tentera la cicatrisation des fissures à l'aide des procédés suivants :

a. Après insensibilisation par application d'un tampon d'ouate imbibée d'une solution de cocaïne à 10 p. 100 durant cinq minutes, on frotte le bout de sein avec un peu d'éther, et l'ayant ainsi dégraissé, on en attouche chaque fissure à la *teinture d'iode* fraîche; on termine en saupoudrant la région de bicarbonate de soude, dont l'alcalinité neutralise l'action irritante du lait. Le pansement sera renouvelé trois à quatre fois par vingt-quatre heures.

b. On peut encore appliquer en permanence, sur le bout de sein, des compresses de gaze imbibée du mélange suivant :

Tanin	0gr,50
Glycérine neutre	ãã 15 grammes.
Alcool à 90°	

c. Voici une formule, due à Marfan, et qui donne, appliquée comme la précédente, de bons résultats :

Eau de rose	40	grammes.
Glycérine neutre	20	—
Borate de soude	8	—
Teinture de benjoin	12	—

II. — Traitement de la lymphangite mammaire.

Quand une plaque de lymphangite apparaît au niveau d'un sein, donnant lieu à une très brusque élévation de température à 39°,40° et plus, il faut :

1° Supprimer immédiatement l'allaitement du côté malade et ne le

reprendre que lorsque toute trace d'inflammation aura disparu ; si l'autre sein est insuffisant, on instituera tout momentanément l'allaitement mixte.

2° Appliquer, en permanence, sur le sein malade, DES COMPRESSES DE GAZE STÉRILISÉE, IMBIBÉES D'EAU BOUILLIE CHAUDE, et fréquemment renouvelées. Ces compresses seront recouvertes par un morceau de taffetas-chiffon et maintenues en place par un bandage de toile assez large et assez serré pour bien soutenir le sein et le comprimer légèrement.

3° Si la douleur est assez vive, on pratiquera, en outre, deux fois par jour, des PULVÉRISATIONS D'EAU BORIQUÉE CHAUDE ; ou bien on remplacera tous ces moyens par l'*application de glace* en permanence, comme il va être dit à propos de la galactophorite. En même temps, on fera prendre à la femme de l'*aspirine* (2 grammes, en quatre doses, par vingt-quatre heures).

4° Quand la phase la plus aiguë est terminée, *on vide le sein*, à l'aide de la téterelle bi-aspiratrice. L'allaitement ne sera repris qu'après la disparition de tout symptôme.

III. — Traitement de la galactophorite.

Dès que, par une très légère expression, on a vu sourdre une goutte de pus au niveau de l'un des pores de l'*area cribrosa* du mamelon, qu'il y ait eu ou non lymphangite antérieure, que la température s'élève ou reste sensiblement à la normale, il faut :

1° *Suspendre immédiatement l'allaitement du côté malade.* — Ceci est important pour la mère et peut-être plus encore pour l'enfant qui, en tétant du pus, serait exposé à de graves troubles de staphylococcie ou d'infection intestinale.

2° *Glacer le sein malade en permanence.* — Pour ce faire, on choisit une vessie de grandes dimensions, de façon à lui permettre de bien recouvrir la totalité du globe mammaire ; on l'emplit *incomplètement*, afin qu'elle reste plate et malléable, de glace pilée en petits fragments, que l'on peut mêler à de la farine de graine de lin pour l'empêcher de fondre trop rapidement. Ce sac repose sur le sein par l'intermédiaire d'une compresse de gaze disposée en deux épaisseurs, et le tout est maintenu en place par un bandage de toile modérément serré. Chaque jour, on recherche si du pus s'écoule du mamelon, de façon à n'abandonner ce traitement qu'après la disparition certaine de toute trace de galactophorite.

3° Quand tout symptôme local ou général aura disparu, *on vide à*

fond le sein malade, à l'aide de la téterelle bi-aspiratrice, et deux ou trois jours après l'allaitement pourra être repris.

IV. — Traitement des abcès du sein.

Il convient d'en reconnaître trois variétés distinctes : les abcès aréolaires, les abcès glandulaires et le phlegmon rétro-mammaire. Si les deux premières variétés ne sont pas très rares, la troisième est heureusement absolument exceptionnelle. D'ailleurs, il n'est pas douteux qu'une direction judicieuse de l'allaitement et que la stricte observance des précautions que nous venons d'indiquer, tant pour la prophylaxie des crevasses que pour le traitement de la lymphangite et de la galactophorite, rendront de plus en plus rares les suppurations mammaires.

I. **Traitement des abcès aréolaires.** — On essaiera, tout d'abord, de *faire avorter ces furoncles* de l'aréole, *en les imbibant de teinture d'iode*, trois à quatre fois par vingt-quatre heures; à chaque fois, on appliquera sur toute la région indurée quatre à cinq couches de teinture d'iode fraîche, à l'aide d'un petit tampon d'ouate hydrophile monté sur une pince de Kocher. Il est bien entendu que, pendant ce temps, l'enfant ne sera pas mis au sein malade.

Si, en dépit de ce traitement, cet abcès aboutit à la suppuration, on le vide très aisément, par un petit coup de la pointe du bistouri, après insensibilisation locale au chlorure d'éthyle. Ensuite on applique, en cet endroit, un pansement occlusif d'ouate hydrophile imbibée de collodion. Comme ces abcès, qui peuvent être multiples, coïncident parfois avec une poussée de furonculose, il est bon de traiter la femme par la levure de bière ou la staphylase.

II. **Traitement des abcès glandulaires.** — C'est là la forme habituelle des suppurations mammaires au cours des suites de couches. Il faut les traiter comme il suit :

1° *Tant que l'abcès est en voie de formation*, on maintient sur le sein malade, dont l'enfant a été immédiatement retiré, *de la glace en permanence*, ainsi qu'il a été dit à propos de la galactophorite, en même temps qu'un bandage de toile immobilise bien la mamelle.

2° *Quand le pus est collecté*, ce qui se reconnaît à trois signes : *rougeur* prononcée dans une région du sein, *œdème* de cette région et *fluctuation*, habituellement peu manifeste, en ce même endroit, il faut, sans plus attendre, inciser le ou les abcès. Cette intervention pourraît être faite sous anesthésie locale ; nous conseillons d'avoir recours, toutes les fois que la chose est possible, à l'anesthésie générale : on pourra ainsi opérer d'une façon plus complète. Le sein

ayant été soigneusement lavé à l'eau chaude et au savon, puis frotté à l'éther et à l'alcool, l'opérateur, muni de gants de caoutchouc, choisit un bistouri à lame longue et forte : il incise les téguments au niveau où les signes locaux sont les plus nets (Voy. fig. 173). Cette



Fig. 173. — *Traitement des abcès mammaires :* bonne incision, *longue* et pratiquée dans une direction *radiée* par rapport au mamelon.

incision doit toujours avoir une *direction radiée*, par rapport au mamelon, c'est-à-dire qu'elle doit s'étendre, en rayon de roue, du bout de sein vers la périphérie de la mamelle : de cette façon, elle reste parallèle aux canaux galactophores et ne les sectionne pas ; en agissant autrement, on risquerait de voir s'atrophier toute une partie de la mamelle. L'incision sera longue de 5 à 10 centimètres ; elle ira *profondément*, le pus étant souvent loin des téguments. Une fois cette brèche créée, on l'élargit en y insinuant une pince de Kocher dont on écarte les mors, et on regarde soigneusement s'il n'y a pas des loges accessoires, que l'on effondrerait aussitôt soit au doigt, soit à la sonde cannelée, pour donner issue au pus. Ceci fait, on exprime le sein, pour bien en faire sourdre le pus, puis on attouche toute cette plaie soit à l'eau oxygénée, soit à la teinture d'iode. Deux drains de caoutchouc y sont enfin placés, et le tout est recouvert d'un large pansement absorbant, fait de compresses de gaze stérilisée et

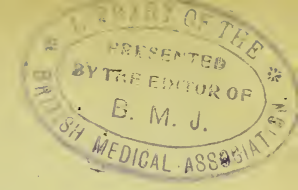
d'ouate hydrophile, pansement maintenu en place par un bandage de tarlatane. Ce pansement sera renouvelé chaque jour. Il faut savoir que la suppuration *va durer très longtemps* ; peu à peu, on raccourcit les drains, on les remplace par d'autres de moindre calibre, on les supprime enfin, et on essaie d'accélérer la cicatrisation à l'aide d'attouchements à la teinture d'iode ou de pansements au bouillon lactique (Voy. p. 387).

Quand l'abcès est plus étendu, qu'il offre des prolongements en clapier, on pratique *une ou plusieurs contre-ouvertures*, dans lesquelles on passe des drains en anse.

Dans le cas, très exceptionnel, où toute la mamelle est transformée en une véritable éponge de pus (*panmastite*), le seul traitement rationnel est l'amputation du sein (Voy. *Précis de thérapeutique chirurgicale*) ; ce sacrifice, fait à temps, évitera sans doute la propagation de l'infection purulente.

III. **Traitement du phlegmon rétro-mammaire.** — La mamelle, saine, repose sur une nappe de pus situé entre sa face postérieure et les muscles pectoraux ; l'état général est grave. Sous anesthésie, on ouvre cette poche rétro-mammaire par une *grande incision curviligne, suivant le sillon sous-mammaire*, et on draine largement.

En pareil cas, l'état général est plus ou moins gravement atteint : on instituera donc le traitement usité en semblable occurrence (Voy. p. 395).


PRESENTED BY THE EDITOR OF B. M. J. LIBRARY OF THE BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

PAR

le Dr Paul GUÉNIOT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Que si quelque lecteur s'avisait de chercher dans cette *Thérapeutique gynécologique* des documents tels que développements historiques, renseignements bibliographiques, statistiques opératoires, il veuille bien le fermer et le mettre au rancart.

Il ne manque pas d'ouvrages de gynécologie compendieux et volumineux, riches en documentation, auxquels peuvent et doivent se reporter ceux qui veulent étudier la spécialité non pas seulement au point de vue pratique, mais très à fond, avec toute l'ampleur d'érudition et l'abondance de documents que comporte l'étude approfondie d'une science quelconque.

Mais pour le praticien, médecin ou chirurgien, pour l'étudiant en médecine, qui désirent seulement prendre la connaissance *pratique* d'une question, les gros traités ont l'inconvénient que les notions cherchées sont un peu noyées au milieu des abondants détails historiques, bibliographiques, statistiques, dont ils n'ont cure : ils préféreraient, en ouvrant leur livre, aller droit au but en quelques instants.

C'est pour eux qu'est écrite cette *Thérapeutique gynécologique*.

Les méthodes thérapeutiques qui n'ont qu'un intérêt historique, qui sont tombées en désuétude, ou qui doivent être rejetées, ont été laissées sous silence ou n'ont été que l'objet d'une brève mention.

Ceci est un manuel de *thérapeutique*. Il m'a paru utile de rappeler autant que possible, à l'occasion, les principales notions cliniques afférentes aux états pathologiques dont j'étudiais le traitement. Mais le cadre même de ce livre ne me permettait évidemment, à cet égard, que de brèves indications, et non une étude systématique, même sommaire, de symptomatologie et de diagnostic.

Mon but serait atteint si j'avais réussi à être *clair*, *simple*, *pratique*.

CHAPITRE PREMIER

L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

Positions d'examen. — Examen : Palpation, toucher, palper et toucher combinés, examen au spéculum, cathétérisme utérin.

Quand on examine une femme au point de vue gynécologique, il est indispensable de pratiquer le *palper abdominal*, le *toucher vaginal*, le *palper* et le *toucher combinés*, et souvent d'examiner au *spéculum*.

POSITIONS D'EXAMEN.

Certaines positions données à la malade rendent ces différents examens plus faciles. Nous allons les énumérer rapidement.

1° ***Position dorsale***. — C'est par celle-ci qu'on doit toujours commencer ; elle permet de palper l'abdomen, et elle a l'avantage de ne pas trop gêner les malades et de les préparer à l'examen au spéculum, qui leur est souvent désagréable.

La femme pourra s'allonger soit sur une chaise longue, soit sur une table à examen.

2° ***Position gynécologique***. — C'est la position classique de l'examen au spéculum . La malade est couchée sur le dos, le siège au bord de la table, les cuisses et les jambes fléchies et écartées. Cette position doit être réalisée soit sur une table, soit sur une chaise spéciale portant des supports pour les jarrets ou les talons. A la rigueur, on pourra obtenir cette position en plaçant la femme en travers du lit, le siège dépassant le bord du matelas, chaque pied reposant sur une chaise ; le médecin se placera entre les genoux de la femme.

3° ***Position de la taille***. — Nous engageons surtout à placer la femme dans cette position toutes les fois que l'on voudra pratiquer une opération sur les organes génitaux externes. Le siège devra dépasser le bord de la table ou du lit pendant que les membres inférieurs seront hyperfléchis sur le bassin soit à l'aide de béquilles talonnières, soit en se servant de deux aides qui, placés de chaque côté, tiendront les creux poplités de la femme sur leurs épaules.

4° *Position latérale de Sims.* — Cette position peut servir dans certains cas. Elle consiste à placer la femme sur le côté, un membre inférieur étendu, tandis que le membre inférieur le plus éloigné du



Fig. 174. — Position latérale de Sims.

plan du lit est fléchi (fig. 174). Cette position est commode pour examiner les déchirures du périnée. Le médecin se place alors du côté du dos de la malade.

5° *Position génu-pectorale.* — On l'emploie particulièrement



Fig. 175. — Position génu-pectorale.

quand on veut explorer la paroi vaginale antérieure et dans certaines opérations portant sur cette paroi (fistules vésico-vaginales). Dans la

position génu-pectorale vraie (fig. 175), la femme repose sur la face antérieure du thorax, les bras étant fortement fléchis et la face portant latéralement. La position génu-cubitale, qui est une variante de la précédente, suffit souvent.

6° ***Position déclive.*** — Cette position, si utile dans la chirurgie abdominale et mise en pratique par Trendelenburg (fig. 193), rend service dans certains examens difficiles dans lesquels il y a avantage à dégager le bassin de la masse intestinale et à faire refluer celle-ci vers le diaphragme (Jayle). D'ailleurs, une position déclive plus ou moins accentuée facilite généralement beaucoup l'exploration des organes pelviens, et on ne saurait trop recommander, à tout médecin appelé à donner des consultations gynécologiques, d'avoir une table qui lui permette d'examiner les femmes dans cette position.

EXAMEN.

Voyons maintenant comment on devra examiner la malade.

1° ***Palpation abdominale.*** — Cette palpation sera faite dans certaines conditions. Il sera indispensable, tout d'abord, de faire vider la vessie à la malade, car bien des erreurs ou des difficultés de diagnostic sont dues à la distension de ce réservoir. On aura soin de faire respirer largement la patiente, en l'interrogeant et en lui causant au besoin pour détourner son attention de l'examen, afin qu'elle ne raidisse pas sa paroi abdominale.

Après s'être réchauffé les mains, si besoin est, on palpera largement l'abdomen, en commençant par les régions supérieures, pour rechercher le rein mobile; puis on explorera la région basse en insistant sur les régions sus-pubiennes et sur les fosses iliaques. Si la malade se défend, on peut par un léger massage de la paroi rendre souvent l'exploration plus facile.

La percussion ne sera pas négligée ; elle sera utile dans certains cas de tumeurs liquides ou de tympanisme abdominal.

2° ***Toucher vaginal.*** — Le toucher est absolument indispensable dans tout examen gynécologique, mais il est tout à fait *illusoire s'il n'est pas accompagné du palper combiné.* Nous ne le décrirons pas à part.

3° ***Toucher et palper combinés.*** — Ce mode d'examen (fig. 176) doit être pratiqué avec la plus grande douceur. Il faut habituer la malade à l'examen, et peu à peu on arrive, en déprimant progressivement la paroi abdominale, à sentir tout ce que l'on désire rechercher. *Dans un toucher-palper combiné, c'est la main abdominale qui doit travailler le plus.*

On se placera soit à côté de la femme, soit entre ses jambes, si elle est en position du spéculum.

On se trouvera bien, dans certains cas, de toucher alternativement des deux mains, la main droite explorant les annexes droites et inversement.

Faut-il toucher avec un doigt ou avec deux doigts? Il vaut mieux toucher à deux doigts, cependant on fera bien de s'entraîner à tou-

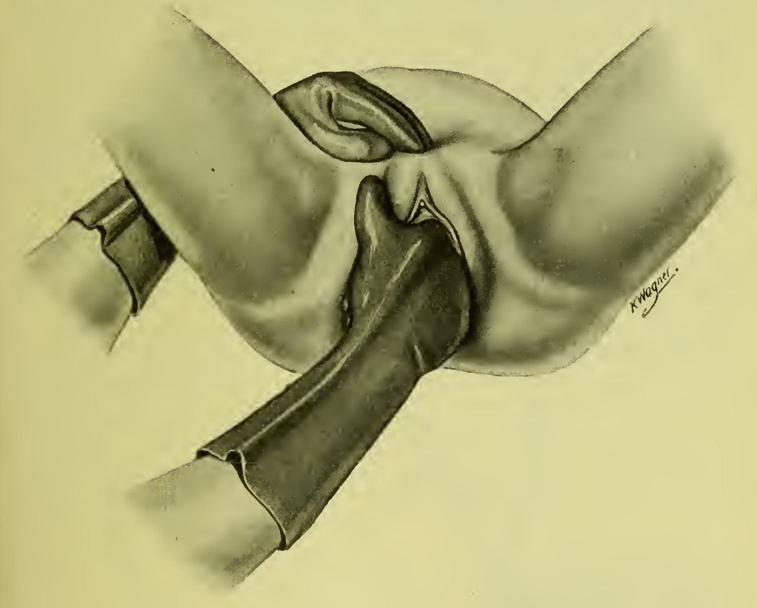


Fig. 176. — Palper et toucher combinés (ou palper bimanuel).

Le coude correspondant à la main qui fait le toucher est fortement abaissé vers le plan du lit.

cher d'un seul doigt, car certaines femmes ont la vulve très étroite. La main sera recouverte d'un gant en caoutchouc mince ou au moins de doigtiers pour éviter de s'infecter; ces précautions sont indispensables pour les médecins qui sont appelés à faire de la chirurgie ou des accouchements. Après s'être lubréfié les doigts à la vaseline ou au savon stérile, on les introduira doucement pour aller à la recherche du col. Pour être sûr de le trouver, on suivra l'une des parois vaginales, l'antérieure par exemple, en allant jusqu'au fond du vagin. Si le doigt ne trouve pas le col sur la ligne médiane, il fera de petits mouvements de latéralité ou de circumduction, jusqu'à ce qu'il l'ait rencontré. On se rendra compte de son état de fermeture, de sa

consistance, de sa mobilité, etc. Ceci étant fait, on cherchera le corps utérin. Pendant que la main abdominale abaisse les organes pelviens, on explorera d'abord le cul-de-sac antérieur, puis le cul-de-sac postérieur. Le plus souvent on trouvera le corps en anté ou rétroposition. On reconnaîtra son volume, sa mobilité, sa consistance, etc. Puis on explorera les culs-de-sacs latéraux en enfonçant profondément la main abdominale sur la partie latérale de l'utérus, pendant que les doigts vaginaux se placent dans le cul-de-sac correspondant. On se rendra un compte aussi exact que possible de l'état des annexes.

4° ***Toucher rectal.*** — Ordinairement inutile, il peut rendre de grands services dans certains cas de tumeurs siégeant au niveau du cul-de-sac postérieur. Il est très employé à l'étranger. On évitera de prendre la saillie du col utérin, qui paraît dur et volumineux, pour une anomalie.

5° ***Toucher vésical.*** — A n'employer aussi que dans certains cas très exceptionnels; on le pratique après avoir dilaté l'urètre avec des bougies de Hégar. Une sonde rigide introduite dans la vessie rend les mêmes services.

6° ***Examen au spéculum.*** — Pour faire un examen gynécologique complet, on devra se servir du *spéculum*; mais ce mode d'exploration est beaucoup moins important que le palper-toucher. Le plus souvent, il n'est qu'un adjuvant pour le diagnostic.

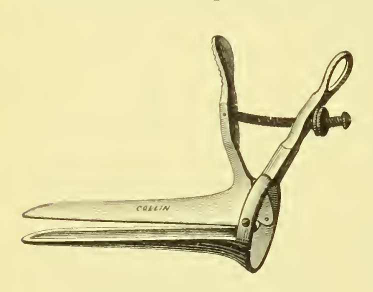


Fig. 177. — Spéculum de Cusco, légèrement entr'ouvert.

Les instruments employés sont le *spéculum* ou les *valves*. Parmi les *spéculums*, citons ceux de Ricord, de Cusco (fig. 177), de Fergusson, de Collin. Parmi les valves : celles de Sims, d'Auvard (valve à poids).

Le spéculum est d'un emploi plus pratique; c'est à lui qu'on aura recours en général. Les valves serviront dans certains cas particuliers.

L'examen au spéculum se fait dans la position gynécologique. Il faut avoir un bon éclairage et, dans les locaux un peu sombres, on fera bien d'avoir à sa disposition une petite lampe électrique portative, ce qui se trouve facilement dans le commerce.

L'instrument, ayant été flambé ou bouilli, sera enduit de vaseline. On introduira doucement son extrémité, en ayant soin d'appuyer

en arrière du côté de la fourchette. Si la femme est sensible, on peut se servir de l'index glissé comme guide. Celui-ci abaisse fortement la colonne postérieure du vagin, de façon à former une pente verticale dans laquelle on introduit le spéculum de champ. L'instrument est poussé doucement, en produisant un petit mouvement de rotation qui ramène une valve en haut et une valve en bas.

Puis on l'ouvre, et le col vient saillir entre ses branches. On éprouve parfois des difficultés à trouver le col. Il suffit de retirer l'instrument, de toucher pour savoir où il se trouve et de replacer le spéculum en l'orientant vers le point où se trouve situé le col.

Quand on emploie la *valve*, on introduit celle-ci en la plaçant au contact avec la paroi vaginale postérieure. La position latérale de Sims est souvent utile dans ce cas. Le même instrument sert également quand la femme est placée dans la position génu-pectorale. L'air, en pénétrant dans le vagin, déplisse celui-ci et permet d'explorer ses parois.

7° ***Cathétérisme utérin***. — Ce mode d'exploration, très employé il y a une quinzaine d'années, ne devient actuellement qu'un procédé d'exception. Il présente en effet plusieurs dangers. Le premier est de pouvoir provoquer des accidents infectieux. Il a suffi en effet d'un seul cathétérisme pour produire une poussée aiguë du côté de l'utérus ou des annexes. Un autre danger réside dans ce fait que certaines femmes, étant au début d'une grossesse, ont pu avorter à la suite d'un cathétérisme inopportun : lorsqu'il paraît utile de le pratiquer, il convient donc de ne le faire autant que possible que dans les jours qui suivent les règles.

Ce mode d'exploration rend cependant des services dans certains cas de diagnostic difficile (fibromes utérins, rétroversion, etc.). Rappelons cependant qu'on ne doit pas y avoir recours à tort et à travers et que les plus grandes précautions doivent être prises.

La principale des précautions est d'agir aseptiquement ; aussi a vulve et le vagin seront soigneusement lavés et savonnés. Le savonnage sera suivi d'une irrigation antiseptique.

L'instrument de choix est l'*hystéromètre* (fig. 178) en métal flexible, stérilisable par la chaleur. On n'emploiera pas les hystéromètres à cadran, dont le cathéter est en caoutchouc.

Pour pratiquer le cathétérisme, on commencera par appliquer un spéculum ou mieux une valve pour découvrir le col. L'hystérométrie faite par le toucher seul est dangereuse et difficile. Le col étant découvert, on placera une pince à griffes sur une des lèvres du col, puis avec un tampon monté sur une pince on touchera l'orifice externe avec de la teinture d'iode. Pendant que la main gauche tire

légèrement sur la pince-érigne, de façon à réduire la flexion utérine, on introduit doucement l'*hystéromètre.* Le plus souvent, on aura une idée de la direction de la matrice, idée qu'on aura acquise par le toucher. Sinon on placera d'abord la courbure en avant, puis, si l'on ne pénètre pas, on tournera la concavité en arrière. Généralement on est arrêté au niveau de l'orifice interne, puis l'on pénètre jusqu'au fond. A l'état normal, l'exploration est peu douloureuse. L'instrument pénètre à 6 ou 7 centimètres, et l'on sait qu'il est serré dans toute l'étendue de la cavité. Dans certains cas pathologiques, il peut être douloureux ; dans d'autres, l'instrument pénètre à 8, 10 centimètres et même plus; enfin, lorsque la cavité utérine est agrandie, on peut déplacer l'instrument transversalement.

Les inconvénients du cathétérisme sont, avec ceux que nous avons signalés (avortement et infection), la perforation utérine. Celle-ci s'est produite assez souvent dans certains cas d'utérus particulièrement friable. Heureusement, le plus souvent, elle ne présente pas de grande gravité.

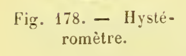


Fig. 178. — Hystéromètre.

8° ***Dilatation du col.*** — Il est parfois indispensable de dilater l'utérus pour explorer sa cavité. On aura à choisir entre deux procédés : le *procédé lent* et le *procédé rapide.* Le premier est le plus employé.

Procédé lent. — C'est la *tige de laminaire* (fig. 179) qui est l'instrument de choix. On peut se procurer ces tiges toutes préparées. Elles sont généralement présentées dans des tubes de verre remplis d'éther iodoformé. On peut les aseptiser soi-même en les faisant bouillir rapidement, puis en les plaçant dans de l'alcool absolu pour les déshydrater. Pour les introduire, on prendra les mêmes précautions que pour le cathétérisme, et on les glissera doucement dans la cavité utérine (fig. 180), en ayant soin qu'elles ne soient pas comme avalées par l'orifice externe (fig. 181). On placera par-dessus un tampon de gaze iodoformée ou au peroxyde de zinc dans le vagin, pour les empêcher de sortir. La tige



Fig. 179. — Tige de laminaire.

sera retirée au bout de douze heures. Si la dilatation n'est pas suffisante, on introduira une nouvelle tige plus volumineuse, ou mieux

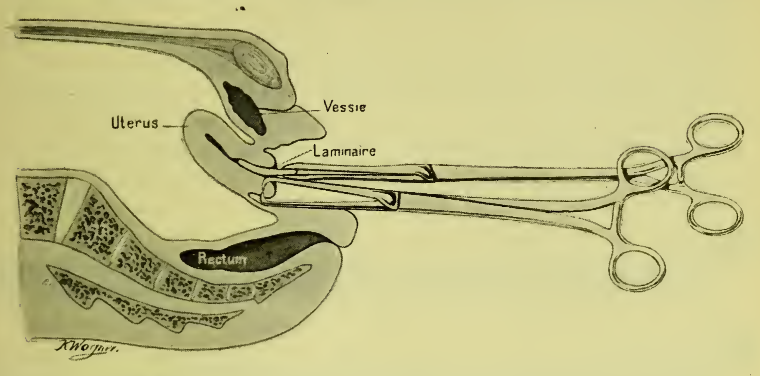


Fig. 180. — Introduction d'une laminaire dans la cavité utérine.

plusieurs autres placées parallèlement l'une à côté de l'autre. On

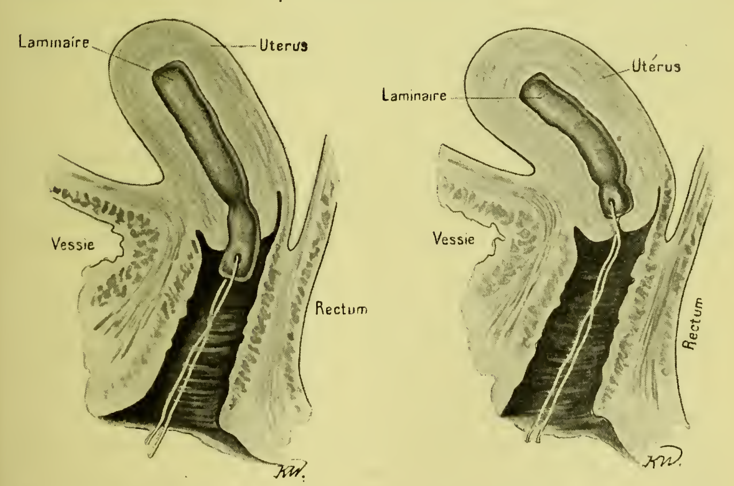


Fig. 181. — Laminaire dans la cavité utérine. La laminaire doit être mise de façon à déborder quelque peu l'orifice externe du col : de cette façon on n'aura pas de difficulté à la retirer.

Fig. 182. — Laminaire enfoncée dans l'utérus et ne débordant pas l'orifice externe ; la laminaire a gonflé, et, lorsqu'on voudra la retirer du col, on éprouvera des difficultés par suite de la résistance de l'orifice externe non dilaté.

obtiendra ainsi une dilatation qui permettra l'introduction de l'index. Une petite complication de cette dilatation est de ne

pouvoir retirer la tige. C'est quelquefois le fil d'attache qui se casse. Il faut alors prendre l'extrémité de la tige dans une pince à pansement et retirer doucement en tournant, tandis que l'index placé dans le vagin repousse le col. Quelquefois c'est la tige trop enfoncée qui a été comme avalée par l'utérus (fig. 182). On est alors obligé de placer une autre petite tige à côté de la première pour produire une dilatation plus forte et pouvoir saisir son extrémité.

Dilatation extemporanée. — Le procédé classique est la dilatation par les *bougies de Hégar* (fig. 183). Ces bougies sont des dilatateurs

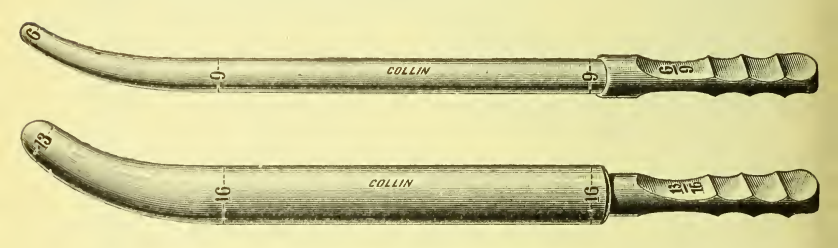


Fig. 183. — Bougies de Hégar.

Les bougies de Hégar ordinaires ont le même diamètre d'un bout à l'autre; celles figurées ici (modèle Collin) ont un diamètre moindre à leur extrémité, ce qui facilite leur introduction.

métalliques gradués de telle façon que chaque numéro augmente le diamètre de 1 millimètre. Pour dilater, on saisit le col avec une pince-érigne, et l'on tire légèrement sur la pince, tandis que l'on pousse doucement la bougie. On éprouve une résistance au niveau de l'orifice interne du col.

Il faut pousser doucement sans violence. Lorsque la bougie est entrée jusqu'au fond, on la laisse quelques instants, puis on introduit le numéro suivant ; on arrive ainsi à dilater progressivement le col de façon à ce qu'en un quart d'heure on puisse atteindre le volume du petit doigt. *Si l'on veut une dilatation supérieure, il faut que le col soit déjà ramolli par l'emploi d'une laminaire qu'on aura laissée une dizaine d'heures, sinon la dilatation ne sera obtenue qu'au prix d'une déchirure du col.*

Ce procédé de dilatation étant très douloureux exige l'emploi de l'anesthésie générale.

Comme autre procédé rapide, je citerai la dilatation par les dilatateurs en forme de pinces (dilatateurs de Siredey, de Sims, de Pichevin, etc.).

On peut également sectionner le col, soit latéralement, soit sur la

ligne médiane; mais il s'agit là de véritables opérations que nous décrirons ultérieurement.

En somme, lorsqu'on veut pratiquer l'exploration digitale de la cavité utérine, il ne faut pas compter pouvoir le faire extemporanément. Le meilleur procédé consiste à placer une ou plusieurs tiges de laminaire, qui commenceront la dilatation et ramolliront le col; on terminera par l'introduction d'une série de bougies de Hégar.

9° ***Curettage explorateur.*** — Ce procédé d'exploration est excellent et doit être employé dans bien des cas où le diagnostic est douteux; on pourra reconnaître ainsi des épithéliomas tout à fait au début et opérer dans d'excellentes conditions au point de vue des récidives. *C'est une petite opération que tout médecin devrait savoir faire.* Les débris des muqueuses ainsi enlevés sont envoyés à un histologiste compétent, et si le médecin ne veut pas opérer lui-même, il pourra au moins remettre sa malade entre les mains d'un gynécologue qui opérera avec chances d'excellents résultats au point de vue de la récidive.

La malade ayant été préparée comme pour un curettage, on dilate le col avec des bougies de Hégar de façon à pouvoir passer une petite curette tranchante. Si le col est trop serré, on placera préalablement une tige de laminaire, et la curette sera introduite avec la plus grande facilité. On gratte la muqueuse en différents points, et l'on prélève les débris ramenés pour les faire examiner au microscope. L'anesthésie n'est pas nécessaire.

10° ***Hystéroscopie.*** — Ce procédé ne pourra être employé que par des spécialistes exercés. Clado, puis récemment David, ont inventé des hystéroscopes qui permettent de regarder dans la cavité utérine et de diagnostiquer des cancers du corps utérin tout au début.

En somme, d'après ce court aperçu général sur l'examen gynécologique, nous voyons que le procédé essentiel qui suffit presque toujours à établir le diagnostic est le toucher-palper combiné.

L'examen au spéculum est un complément souvent indispensable. Quant à l'exploration intra-utérine (hystérométrie, dilatation, curettage explorateur), elle est souvent plus dangereuse qu'utile et ne devra s'employer que dans des cas restreints.

Ajoutons que, dans tout examen difficile et douteux dans ses résultats, avant de décider d'une intervention, on devra s'aider de l'anesthésie générale, qui permettra de pratiquer le palper-toucher dans des conditions excellentes.

CHAPITRE II

PRINCIPALES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES USITÉES EN GYNÉCOLOGIE

Injections vaginales. Pansements vaginaux. Tamponnement.
Pansements intra-utérins. Injections intra-utérines. Drainage intra-utérin.
Curettage utérin.
Opérations par voie vaginale.
Laparotomie.
Électrothérapie. Radiothérapie. Radiumthérapie.
Massage. Eaux minérales.

Avant de nous occuper du traitement des différentes maladies gynécologiques, nous décrirons rapidement les principales méthodes thérapeutiques dont nous aurons à parler à chaque instant dans le courant de cet exposé. Nous ne dirons cependant rien ici des **médicaments administrés par le tube digestif ou par la voie hypodermique**, qui ont été signalés ailleurs, à propos du traitement des diverses affections.

INJECTIONS VAGINALES.

Les injections vaginales, que beaucoup de femmes emploient à tort et à travers, peuvent cependant présenter quelques dangers. Elles sont inutiles chez la femme saine, car le vagin sain se défend out seul contre les infections venues du dehors. Il faut donc ne les prescrire que dans les cas où elles sont utiles.

Parmi les dangers consécutifs aux injections vaginales, il faut signaler les infections, les douleurs et les troubles réflexes pouvant aller jusqu'à la syncope. Presque tous ces accidents peuvent être évités si l'on suit les principes suivants : peu de pression, bonne canule et propreté.

L'injection sera prise de préférence dans la position couchée, le siège de la malade reposant sur un bassin. Le récipient ne sera pas très élevé au-dessus du plan du lit (60 à 80 centimètres). Quant à la canule, elle sera soit en verre, soit en caoutchouc rouge pouvant être

bouilli. *Il est indispensable que les trous soient disposés latéralement et non à l'extrémité de la canule*, car c'est ce jet terminal qui, en pénétrant dans le col, peut provoquer des accidents réflexes.

Dans certains cas, on se trouvera bien de l'emploi de canules à double courant.

Ces canules seront indiquées quand on voudra faire de grandes irrigations chaudes. Il en existe plusieurs modèles, mais il faut faire en sorte que l'enveloppe externe soit construite en matière non conductrice.

Les **liquides employés** pour les injections vaginales sont nombreux ; ce sont surtout des solutions antiseptiques ou astringentes.

Comme ANTISEPTIQUES, citons : le *permanganate de potasse* à 1 p. 4 000 (un paquet de 50 centigrammes dans 2 litres d'eau bouillie), ou même à 1 p. 2000 ou 1 p. 1000 ; la *liqueur de Labarraque* à 30 p. 1000 (mettre quatre cuillerées à soupe pour 2 litres d'eau bouillie).

Le *sublimé*, pour éviter tout accident, à cause de sa toxicité, ne doit être prescrit aux femmes pour les injections à pratiquer elles-mêmes qu'à très faibles doses, sans dépasser le titre de 1 p. 5 000. On peut prescrire des paquets ainsi composés :

Sublimé..................................	0gr,25
Acide tartrique..........................	1 gramme.
Matière colorante....................	Q. S. pour colorer.

Pour 1 paquet (usage externe).

Dissoudre un de ces paquets dans un bock de 2 litres d'eau bouillie (ce qui donne une solution à 1 p. 8 000).

Nous préférons, lorsqu'il est indiqué d'employer des antiseptiques, prescrire d'autres substances, telles que le permanganate ou la liqueur de Labarraque.

L'*acide borique*, si employé par les femmes elles-mêmes, a peu de valeur antiseptique (deux cuillerées à bouche par litre).

Comme ASTRINGENTS, citons le *tanin* (une cuillerée à bouche de poudre de tanin par litre), l'*alun* (une demi-cuillerée à bouche par litre), la *décoction d'écorce de chêne*, etc.

Quelle que soit la substance employée, on fera toujours usage d'eau longuement bouillie.

PANSEMENTS VAGINAUX.

Ces pansements sont très faciles à faire. Il suffit simplement d'introduire un spéculum pour découvrir le col. On place ensuite un petit tampon de coton stérilisé muni d'un fil solidement fixé, que

l'on pousse avec une pince à pansement (fig. 184). Le tampon aura été préalablement imbibé d'une solution médicamenteuse dans la glycérine (tanin, ichtyol). On peut également employer des *ovules* à la glycérine solidifiée auxquels peuvent être incorporées des substances médicamenteuses diverses suivant les indications (alun,

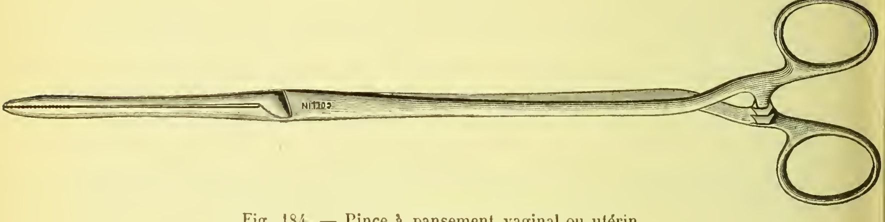


Fig. 184. — Pince à pansement vaginal ou utérin.

tanin, sulfate de zinc, ichtyol, thigénol, cocaïne, belladone, opium, morphine, etc.), ovules que la malade s'introduit elle-même dans le vagin avant de se coucher; dans ces cas, il faudra recommander à la femme de bien se garnir, car ce pansement produit une sécrétion très marquée.

TAMPONNEMENT.

Le tamponnement vaginal s'emploie assez rarement en gynécologie. Il peut cependant rendre des services dans certains cas d'hémorragies utérines graves, comme moyen hémostatique d'urgence; on l'a préconisé également comme résolutif sous le nom de *columnisation*. On peut le faire en introduisant une série de petits tampons montés sur un fil et bien imbibés de vaseline. On bourre successivement les culs-de-sac vaginaux, puis on remplit le vagin en les tassant bien avec le doigt. On peut également employer des lanières de gaze antiseptique (gaze iodoformée ou au peroxyde de zinc). On introduit successivement ces bandes de gaze en ayant soin de distendre d'abord tous les culs-de-sac. Quand on emploie la gaze, il faut se servir d'une valve qui déprimera la paroi postérieure du vagin. Le tampon ne sera pas laissé plus de douze heures en place, car il peut occasionner des complications (rétention d'urine, douleurs pelviennes, infections).

PANSEMENTS INTRA-UTÉRINS.

Nous verrons que ces pansements rendent de grands services dans le traitement des métrites. Ces pansements seront le plus souvent introduits dans la cavité utérine à l'aide d'un porte-pansement. Dans

certains cas, on injectera le liquide modificateur avec une seringue.

Pour introduire le topique, on se servira d'une tige métallique flexible terminée en pas de vis. On enroulera un peu de coton sur l'extrémité de la tige, de façon à ce que cette extrémité reste encore effilée quoique bien protégée, et que le coton tienne solidement (fig. 185). Après avoir introduit le spéculum, on jettera une pince sur une des lèvres du col, et on s'assurera de la direction de la cavité utérine. On courbera légèrement l'extrémité de la tige préalablement imbibée du topique, et on glissera légèrement l'instrument dans le col ou la cavité utérine, suivant le cas. Si l'on éprouve de la difficulté à

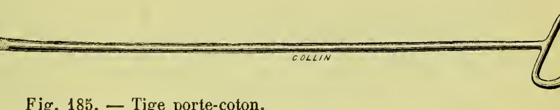


Fig. 185. — Tige porte-coton.

franchir le col, on introduira une ou deux bougies de Hégar. La tige étant retirée, on placera un tampon sur le col avec une pince à pansement. Cette médication est généralement bien supportée par les malades. Elle est parfois douloureuse chez certaines nerveuses à col sensible. On emploie beaucoup, depuis quelques années, les crayons médicamenteux qui fondent à la température du corps. On les introduit comme les tiges de laminaire.

Le procédé qui consiste à introduire le topique en injection utérine est moins employé parce qu'il peut être dangereux. On se sert d'une sonde spéciale munie d'une seringue (seringue de Braun, fig. 204), et on injecte quelques gouttes du liquide modificateur. Je n'insisterai pas sur le manuel opératoire ni sur les dangers que cette méthode peut occasionner ; ils sont les mêmes que pour les injections intra-utérines. Notons cependant qu'il n'est pas rare de voir survenir des accidents douloureux très graves s'accompagnant de réflexes péritonéaux. Ils sont dus à la pénétration du liquide caustique dans la trompe.

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES.

Les injections intra-utérines sont fréquemment employées, principalement à la suite d'infection *post partum* ou *post abortum*. Tout praticien doit en connaître parfaitement le **manuel opératoire**. Celui-ci diffère suivant qu'on se trouve en présence d'un utérus puerpéral ou d'un utérus non puerpéral. Dans le premier cas, l'utérus est le plus souvent perméable, et on introduit la sonde avec facilité. Celle-ci devra être construite de telle sorte qu'elle permette sûrement le retour

du liquide (*sondes à double courant*). Les plus connues sont celle de Budin et celle de Doléris. La sonde de Budin présente une cannelure à sa face inférieure, qui laisse ainsi un canal libre assurant au liquide une voie de retour. La sonde de Doléris (fig. 186) est en forme de pincette. Une fois introduite fermée, il suffit d'écarter les deux branches

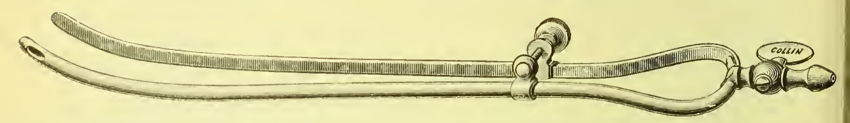


Fig. 186. — Sonde utérine de Doléris, ouverte (c'est-à-dire les deux branches irrigatrices écartées).

de l'instrument, et le liquide peut ressortir avec la plus grande facilité dans leur intervalle d'écartement.

Pour pratiquer l'injection intra-utérine, il faut avoir gravé dans l'esprit que l'utérus puerpéral présente le plus souvent une flexion à la réunion du col et du corps; il ne faudra donc pas pousser la sonde directement d'avant en arrière, mais abaisser fortement le manche de l'instrument pour lui faire franchir l'angle redoutable.

Voici comment on s'y prend d'ordinaire. La femme est placée en travers du lit sur une toile cirée reliée à un seau de toilette.

Après avoir lavé la vulve et le vagin à l'aide d'une lotion et d'une injection antiseptiques, on introduit l'index et le médius dans le vagin à la recherche du col. On place les deux doigts en gouttière au niveau de l'orifice externe, et l'on glisse la sonde tenue de l'autre main jusqu'à l'orifice du col, après avoir préalablement pris soin de la purger d'air en faisant couler un peu de liquide. On la pousse doucement; puis, quand on est arrivé à l'orifice interne, on abaisse fortement le pavillon de la sonde. Celle-ci pénètre alors très facilement. On peut également placer une pince de Museux sur la lèvre antérieure du col pour redresser la courbure utérine. On fait ainsi passer une certaine quantité de liquide dans l'utérus.

Certains accoucheurs ont préconisé les irrigations continues. Dans ces cas, il suffit de fixer la sonde au bassin de la malade. Celle-ci sera placée sur un matelas percé au niveau du siège, ou bien dans un interstice ménagé entre deux matelas rapprochés. La source du liquide proviendra d'un grand bock placé à 50 centimètres au-dessus du lit. On réglera le débit du liquide pour que celui-ci coule lentement.

L'injection intra-utérine en dehors de la puerpéralité ne s'emploie pas aussi fréquemment, à beaucoup près. Elle est plus difficile à faire, parce que le col, dans ces cas, n'est pas dilaté. Il faut donc généralement dilater à l'aide des laminaires ou des bougies de

Hégar. On procède ensuite à l'injection intra-utérine, en se servant d'une valve et d'une pince de Museux pour fixer le col (fig. 187). Quant à l'instrument à employer, on peut choisir entre la sonde de Bozeman, celles de Collin et de Doléris ou celle de Jayle, qui a l'avantage de pouvoir s'introduire dans un col non dilaté.

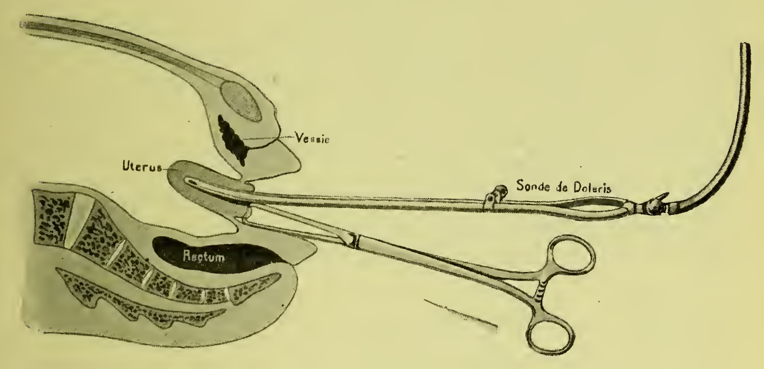


Fig. 187. — Injection intra-utérine.

Les LIQUIDES dont on se sert pour les injections intra-utérines sont les solutions de *permanganate de potasse* ou la *liqueur de Labarraque*, comme pour les injections vaginales (Voy. p. 429) ; la *solution iodo-iodurée* de Tarnier, faible ou forte :

Solution faible.	Iode métalloïde..........	2 grammes.
	Iodure de potassium.....	4 —
	Eau stérilisée...........	1 litre.
Solution forte..	Iode métalloïde..........	3 grammes.
	Iodure de potassium.....	6 —
	Eau stérilisée...........	1 litre.

L'*eau oxygénée* à 12 volumes, coupée de quantité égale d'eau stérilisée, est aussi un excellent liquide pour injection antiseptique ; mais, à cause des bulles gazeuses qu'elle dégage, il est prudent de ne pas l'employer dans l'utérus puerpéral immédiatement ou les premiers jours après l'accouchement ou l'avortement.

Quant au *sublimé*, à cause de sa toxicité et des accidents qui ont été trop souvent la conséquence de son emploi, surtout dans des utérus puerpéraux, non seulement il faut le proscrire rigoureusement toutes les fois qu'il reste dans l'utérus du placenta qui peut faire en quelque sorte éponge ou bouchon et retenir du liquide toxique dans la cavité utérine, mais nous pensons qu'*il vaut mieux ne jamais s'en servir pour les injections intra-utérines*.

Les injections intra-utérines présentent un certain nombre d'**inconvénients** ou même de **dangers** que les médecins doivent connaître. Hâtons-nous d'ajouter qu'ils se rencontrent principalement dans les cas d'utérus puerpéraux. La *perforation utérine* est assez rare ; on ne l'observe qu'entre les mains d'opérateurs maladroits ou dans les cas d'*utérus infectés particulièrement friables.*

Les *troubles nerveux graves* allant depuis la syncope jusqu'à la mort subite sont plus fréquents. Il en est de même de la *réaction violente* avec frisson et élévation de température, phénomènes qui du reste sont plus effrayants que dangereux. Citons encore les empoisonnements par absorption directe dans les veines de l'antiseptique injecté (sublimé, acide phénique). D'après ce que nous venons de dire, on voit qu'il ne faut pas pratiquer les injections utérines à la légère, puisqu'elles peuvent provoquer des accidents. Ceux-ci, répétons-le, sont plus fréquents dans le *post partum.*

DRAINAGE INTRA-UTÉRIN.

Le drainage donne de bons résultats dans certains cas de rétention purulente intra-utérine. On l'emploie particulièrement dans les suites de couches lorsqu'il y a rétention lochiale par flexion utérine. On se servira soit d'un drain en caoutchouc rigide (modèle de Bonnaire), soit d'un drain métallique (modèle Mouchotte) (fig. 188). On laisse parfois les drains à demeure pendant plusieurs mois dans l'utérus, dans certains cas de métrite chronique, d'antéflexion ou de sténose du col. On emploie soit les tiges de Lefour (fig. 205), soit le drain de Petit, que l'on fixe au col par un point de suture. Ces drains à demeure ont quelques inconvénients, dont le principal est de provoquer parfois des poussées aiguës de salpingite.

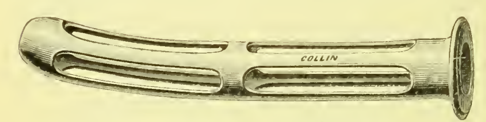


Fig. 188. — Drain utérin de Mouchotte.

CURETTAGE UTÉRIN.

Le CURETTAGE de l'utérus, qu'inventa Récamier (1844), consiste à gratter avec un instrument appelé *curette* la surface interne de cet organe, de manière à la débarrasser des corps étrangers (débris placentaires) qui y sont restés adhérents ou à enlever par petits lambeaux la muqueuse utérine malade.

Bien que le curettage détruise la muqueuse utérine, celle-ci se rénove à la suite de l'opération, l'épithélium se reforme grâce à la prolifération de la partie profonde des culs-de-sac glandulaires située dans la musculeuse ; la femme curettée voit ses règles reparaître quelques semaines après l'opération et peut devenir ultérieurement enceinte et mener à bien sa grossesse.

Indications. — C'est une opération d'usage courant, employée après l'avortement lorsqu'il y a rétention de petits débris placentaires, qui souvent provoquent des hémorragies ou des phénomènes d'infection.

Lorsqu'il y a rétention du placenta entier ou de gros morceaux de placenta, c'est le CURAGE DIGITAL qu'il faut employer, le curettage instrumental étant alors exclusivement réservé, si on y recourt, pour enlever à la fin de l'opération, après l'extraction de la plus grosse partie de la masse placentaire, les menus débris.

Le curettage est employé aussi dans les *métrites chroniques*, surtout hémorragiques, dans les hémorragies de la ménopause, quelquefois comme palliatif dans les métrorragies dues à un fibrome.

Il est généralement contre-indiqué lorsqu'il existe des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus, car alors il peut provoquer dans celles-ci une poussée aiguë.

Enfin, dans le cancer de l'utérus, le curettage des fongosités cancéreuses est, lorsque le néoplasme est inopérable, l'un des meilleurs moyens de traitement palliatif, pour combattre les métrorragies et les écoulements ichoreux.

Instruments nécessaires. — Pour pratiquer le curettage de l'utérus, on se munira d'une curette, d'une ou deux pinces de Museux (fig. 190), de deux valves vaginales, d'une pince à pansement utérin (fig. 184), d'une sonde à injection intra-utérine, d'une paire de ciseaux, — et, en outre, s'il est nécessaire de dilater extemporanément le col ou d'achever sa dilatation, d'une série plus ou moins étendue de bougies de Hegar (fig. 183). On aura, d'autre part, sous la main tous les produits nécessaires : savon, eau bouillie, liquide pour injection, pièces de pansement stériles (ouate hydrophile, mèche de gaze pour pansement utérin, larges compresses pour couvrir le pourtour du champ opératoire), enfin teinture d'iode ou glycérine créosotée au cinquième, si l'on veut en appliquer sur la surface interne de l'utérus.

Choix d'une curette. — On fait des curettes de modèles très différents : pleines ou fenêtrées, ovales ou triangulaires, tranchantes ou mousses, etc. Celle à laquelle je donne la préférence et dont je me sers habituellement est la *curette de Bouilly* (fig. 189) : elle est

fenêtrée, ce qui n'a pas grande importance, et triangulaire, ce qui permet de mieux nettoyer jusque dans le fond les angles de la cavité utérine; mais son principal avantage, — appréciable dans les cas d'utérus ramolli comme l'utérus puerpéral, — c'est que son extrémité terminale est mousse, ce qui pare autant qu'il est possible aux risques de perforation utérine : le biseau demi-mousse (et non pas un véritable tranchant) par lequel agit l'instrument pour gratter n'est pas situé, en effet, directement au bout de la curette (lequel est mousse), mais un peu incliné, de manière à regarder vers l'opérateur et à agir principalement quand celui-ci amène vers lui l'instrument, et non pas quand il le pousse dans la cavité utérine pour l'introduire.



Fig. 189. — Curette de Bouilly.

Dans les utérus de consistance ferme, en dehors des suites de couches ou d'avortement, les curettes tranchantes ne sont plus aussi dangereuses, et, prudemment maniées, elles peuvent être utilisées : nous préférons dans tous les cas nous servir de la curette de Bouilly.

Dilatation préalable de l'utérus. — Pour pratiquer un curettage, il faut que le col soit suffisamment ouvert et la cavité utérine suffisamment dilatée pour permettre l'introduction et la manœuvre de la curette. Il faut donc préalablement *dilater la cavité utérine* : ce qu'on fait, dans les cas où le curettage n'est pas urgent, en mettant dans l'utérus, l'avant-veille de l'opération, une tige de laminaire (Voy. p. 424), qu'on enlève le lendemain et qu'on remplace par une autre plus grosse ou par deux juxtaposées.

Lorsque le curettage doit être pratiqué sans délai (rétention placentaire *post abortum*, provoquant des hémorragies ou des phénomènes d'infection), on fait la dilatation extemporanée de l'utérus au moment même de l'opération, en passant successivement dans sa cavité des bougies graduées de Hegar, de plus en plus grosses, jusqu'à ce qu'on ait une dilatation suffisante. Les bougies de Hegar peuvent aussi être employées, même après l'application de laminaires, si la dilatation, notamment au niveau de l'orifice interne, a besoin d'être poussée plus loin.

Technique du curettage. — Le curettage, chez les femmes qui ne sont pas pusillanimes ou très nerveuses, et dont la cavité utérine est préalablement dilatée, peut généralement être pratiqué sans anesthésie et n'est pas très douloureux ; je l'ai fait souvent

ainsi, mais il n'y a évidemment pas de règle formelle à cet égard, et la conduite varie suivant les circonstances. C'est la dilatation extemporanée de la cavité utérine avec les bougies de Hegar qui, si on la pratique sans anesthésier la patiente, est surtout douloureuse, beaucoup plus que le curettage proprement dit qui la suit.

Avant le curettage, il faut avoir soin de raser la vulve, puis de désinfecter la vulve, le vagin, le museau de tanche, ce qu'on fait généralement aujourd'hui en badigeonnant simplement ces parties, sans lavage préalable, avec la teinture d'iode.

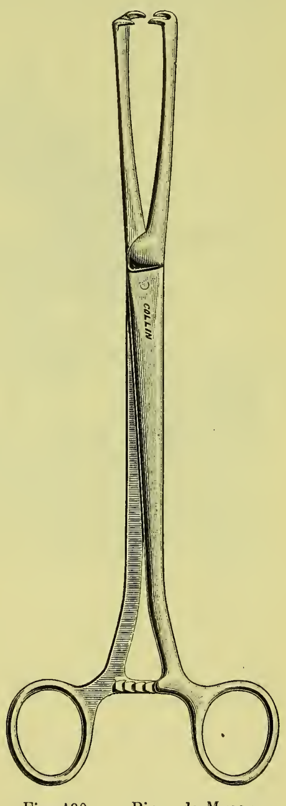


Fig. 190. — Pince de Museux.

Immédiatement avant de commencer le curettage, explorez l'utérus par le palper et le toucher combinés, pour reconnaître quelle est sa direction (anté ou rétroversion), et s'il ne présente pas de flexion : notions qui vous guideront pour la direction à donner à la curette quand vous voudrez l'introduire. Pour procéder à l'opération proprement dite, appliquez deux valves dans le vagin, l'une en arrière, l'autre en avant, pour découvrir le col. Faites-les tenir par un aide et saisissez la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux (fig. 190). Vous pouvez alors faire retirer la valve antérieure : la traction sur la pince vous permet d'abaisser sans peine le col jusque près de l'entrée du vagin, que la valve postérieure maintient suffisamment ouverte. Vous pouvez même parfois retirer aussi la valve postérieure. Tandis que d'une main (la gauche) vous maintenez fixe et vous abaissez le col en tirant sur la pince, introduisez dans la cavité utérine (1) la curette tenue de l'autre main (la droite). Généralement l'instrument pénètre sans difficulté si la cavité utérine est suffisamment dilatée. Si votre instrument bute contre la paroi utérine et est arrêté, assurez-vous par l'exploration bimanuelle s'il y a une flexion : en

(1) Bien entendu, c'est à ce moment, immédiatement avant d'introduire la curette, que vous faites passer dans la cavité utérine, si c'est nécessaire, une série de bougies de Hegar.

cas de rétroflexion, cherchez à réduire l'utérus en poussant le corps utérin en haut et en avant avec les doigts agissant dans le cul-de-sac postérieur ; s'il s'agit d'antéflexion, pressez de même sur le corps utérin dans le cul-de-sac antérieur, en cherchant à le refouler en haut et en arrière, ou bien, si l'utérus volumineux (puerpéral) est accessible par la paroi hypogastrique, essayez de le redresser en

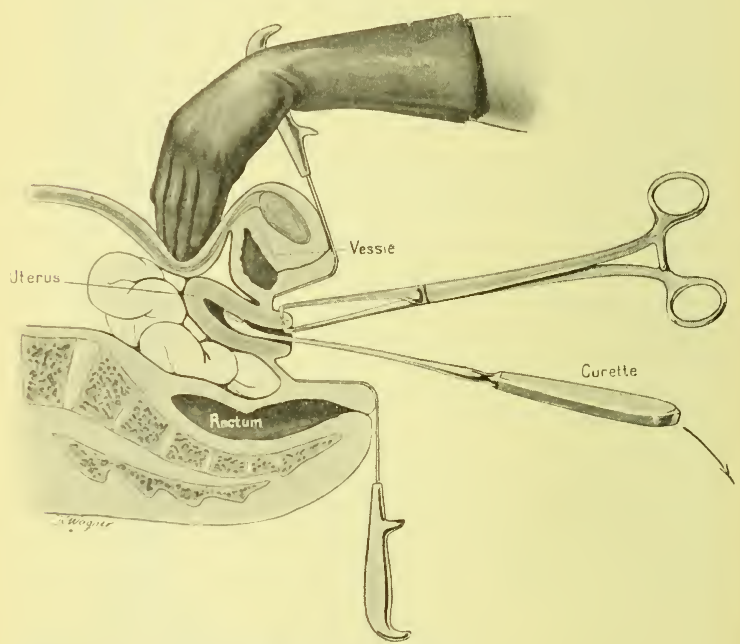


Fig. 191. — Curettage utérin.

La flèche indique le mouvement d'abaissement à imprimer au manche de la curette pour lui faire racler la paroi antérieure de l'utérus.

agissant avec la main à travers cette paroi. De plus, vous porterez fortement le manche de la curette en haut dans la rétroflexion, en bas dans l'antéflexion, de manière que l'extrémité de l'instrument qui est dans l'utérus franchisse plus facilement l'angle de flexion. A vrai dire, la dilatation utérine qui précède le curettage atténue en général les flexions utérines et permet d'introduire le plus souvent la curette sans grand'peine, moyennant une inclinaison de l'instrument appropriée à la direction de l'utérus.

Très souvent, en introduisant la curette dans un utérus même

non fléchi, on éprouve un arrêt au moment où le bout de l'instrument est enfoncé seulement de 2 ou 3 centimètres dans le col. Cet arrêt répond à l'orifice interne du col, qui est généralement un peu moins dilaté que le reste de la cavité utérine et forme un étranglement où l'instrument passe moins facilement. En appuyant très légèrement, — sans la moindre violence, car il faut toujours se méfier de la possibilité de perforer l'utérus, — on sent aussitôt la curette franchir ce passage plus étroit et pénétrer dans la cavité du corps utérin, où elle évolue à l'aise et où elle n'est plus arrêtée par d'autre résistance que par la paroi utérine elle-même au fond de l'utérus.

Grattez alors la paroi utérine avec la curette de haut en bas, du fond vers le col, en passant successivement, méthodiquement, sur la paroi antérieure, sur la postérieure, sur le fond, dans les angles supérieurs et sur les bords latéraux. Lorsque la muqueuse se trouve enlevée par le raclage de la curette, le grattage de la face interne de



Fig. 192. — Écouvillon.

l'utérus avec l'instrument donne une sensation plus rude, accompagnée d'un bruit, dit *cri utérin*, qui indique que la curette gratte sur un tissu plus résistant, plus fibreux. Dans l'état puerpéral, on conseille de ne pas chercher à obtenir ce cri utérin, par crainte des perforations auxquelles expose la mollesse spéciale de l'utérus puerpéral, surtout lorsqu'il est infecté; mais je ferai remarquer que, habituellement, même dans ces cas, tout au moins après les fausses couches, on obtient le cri utérin sans pourtant le rechercher.

Immédiatement après le curettage, on peut, surtout lorsque celui-ci a été pratiqué pour une rétention de débris de placenta ou de membranes, compléter le nettoyage en introduisant dans la cavité utérine un *écouvillon* stérilisé (fig. 192), qu'on incurve légèrement sur lui-même pour le faire pénétrer plus facilement, et auquel on imprime alors des mouvements de va-et-vient et de rotation ; l'écouvillon est surtout utile pour retirer les débris de membranes qui s'enroulent autour de lui et se prennent dans ses barbes.

On fait ensuite une injection intra-utérine (n'employez pas le sublimé) qui entraîne les derniers menus débris et déterge la cavité utérine.

Terminez en introduisant dans la cavité utérine jusqu'à son fond une mèche de gaze au peroxyde de zinc, ou encore une mèche de gaze dont l'extrémité aura été trempée dans de la glycérine créosotée au cinquième. N'oubliez pas que la glycérine créosotée est caustique, qu'il faut éviter d'en laisser couler sur la muqueuse du vagin, sans quoi la patiente s'en plaint les jours suivants : ayez donc soin, pendant que vous introduisez la mèche imbibée dans l'utérus, de bien faire protéger la paroi vaginale postérieure avec une large valve, ou bien encore de faire faire dans le vagin, pendant cette introduction, une injection d'eau stérilisée.

La mèche utérine est laissée douze heures; on peut la laisser vingt-quatre ou même quarante-huit heures lorsqu'il n'y a pas d'infection utérine bien active. Au bout de ce temps, on la retire, et on la renouvelle ou on commence à pratiquer des injections vaginales.

Lorsqu'on pratique le curettage dans un utérus infecté, pour une rétention placentaire avec infection par exemple, il ne faut pas laisser la mèche dans l'utérus plus de douze heures ; mieux vaut peut-être même ne pas en mettre et laisser la cavité utérine se drainer.

Accidents du curettage. — Le curettage peut provoquer des accidents : l'HÉMORRAGIE, assez rare, et qu'on arrête facilement par un tamponnement de la cavité utérine, — et surtout la PERFORATION de l'utérus, imputable parfois à l'imprudence et à la violence d'un opérateur maladroit, mais qui se produit aussi dans certains cas, même entre des mains habiles et exercées, en raison de la mollesse de la paroi utérine après l'avortement et surtout après l'accouchement, principalement lorsqu'en outre l'utérus est infecté. C'est dire la prudence dont ne doit jamais se départir l'opérateur : lorsqu'il sent son instrument arrêté par quelque chose, il ne doit jamais tenter de triompher de la résistance qu'il éprouve en usant de violence, mais retirer légèrement la curette, la pousser de nouveau en tâtonnant, en l'inclinant dans une autre direction, mais jamais en essayant de forcer l'obstacle.

Les perforations utérines ont deux sièges d'élection : 1° au niveau de l'union du col et du corps, sur la paroi opposée à l'angle de flexion de l'utérus lorsqu'il est fléchi; 2° sur le fond de l'organe.

Il faut savoir que l'on peut quelquefois s'imaginer à tort avoir perforé un utérus, en raison de la grande profondeur à laquelle on peut enfoncer la curette, eu égard aux dimensions de la cavité utérine que l'on a préalablement mesurées. Cette erreur vient alors de ce que l'utérus a une paroi tellement molle et flasque qu'elle se

laisse refouler, pour ainsi dire comme un chiffon, au-devant de l'instrument.

Lorsqu'il existe une perforation utérine, on peut, si elle est étroite et si l'utérus n'est pas infecté, se contenter de pratiquer, — *en se gardant de faire une injection intra-utérine*, — un tamponnement utérin, d'appliquer de la glace sur le ventre et d'administrer de l'opium. Mais, si l'on a affaire à une large perforation, ou bien si l'utérus est infecté, il faut extirper celui-ci, de préférence par hystérectomie vaginale.

Signalons enfin qu'après le curettage, lorsqu'il est pratiqué dans un utérus infecté (infection *post partum* ou *post abortum*), il est fréquent d'observer, dans les premières heures qui suivent, un GRAND FRISSON et une GRANDE ÉLÉVATION DE TEMPÉRATURE aux environs de 40°, qui ordinairement n'est que passagère et sans grave conséquence. Il faut le savoir, pour ne pas s'en effrayer et pour prévenir l'entourage et le rassurer. Ces phénomènes sont attribués à la pénétration dans l'organisme de microbes ou plutôt de toxines, sous l'influence du brassage des produits septiques et de la destruction de la muqueuse utérine dans le curettage (1).

OPÉRATIONS PAR VOIE VAGINALE.

Non seulement on opère par le vagin des lésions intéressant ce conduit (kystes du vagin, fistules, etc.), mais encore on recourt à la VOIE VAGINALE ou VOIE BASSE pour évacuer maintes collections péri-utérines (hématocèle, suppurations pelviennes) par incision du cul-de-sac vaginal postérieur (*colpotomie postérieure*), plus rarement par incision du cul-de-sac antérieur et décollement de la vessie de la face antérieure du col (*colpotomie antérieure*), ou bien encore pour pratiquer l'ablation d'une lésion de l'utérus ou de ses annexes (*myomectomie vaginale*, *ovariotomie vaginale*, *salpingectomie vaginale*) ou l'extirpation de l'utérus lui-même (*hystérectomie vaginale*).

Nous ne faisons qu'indiquer ici ces opérations, qui seront décrites plus loin, à propos du traitement des affections auxquelles elles s'appliquent.

Toute opération vaginale doit être précédée, l'avant-veille, d'une purgation (purgatif salin ou huile de ricin) et, la veille, d'un lave-

(1) Néanmoins, dans quelques cas, des phénomènes infectieux peuvent persister et être graves. Aussi aujourd'hui admet-on généralement comme règle de ne pratiquer le curettage, dans l'infection puerpérale, que si la cavité utérine contient ou est suspectée de contenir des débris de placenta ou de membranes; lorsque la cavité utérine est vide, il faut renoncer au curettage, arme à deux tranchants, qui risque d'ouvrir des voies de pénétration plus profondes aux germes infectieux, et recourir à d'autres modes de traitement.

ment pour évacuer le contenu du rectum. Des toilettes et des injections vaginales répétées pendant quelques jours avant l'opération prépareront la désinfection du champ opératoire, qu'on achèvera au moment de l'opération par un nettoyage soigné de la vulve, du périnée, de la racine des cuisses et du vagin, après avoir la veille soigneusement rasé les grandes lèvres et le mont de Vénus. Aujourd'hui on recourt volontiers, pour la désinfection immédiate du champ opératoire, au badigeonnage *à sec*, *sans lavage préalable*, de la peau à la teinture d'iode.

Il ne faut pas oublier de vider la vessie avant de commencer l'opération.

LAPAROTOMIE.

La LAPAROTOMIE, ou ouverture de la paroi abdominale, est une des opérations gynécologiques le plus fréquemment pratiquées, tantôt pour extirper une tumeur, kyste ou tumeur de l'ovaire (*ovariotomie*), fibrome utérin (*myomectomie*), des annexes malades (*salpingectomie*), ou pour évacuer une hématocèle, tantôt pour enlever l'utérus lui-même (*hystérectomie*), tantôt enfin, mais bien plus rarement, pour aborder des lésions qu'on traite habituellement par voie vaginale, mais qui sont par exception difficilement opérables par cette voie (par exemple fistules vésico-vaginales), ou bien encore dans le but de reconnaître la nature et l'opérabilité d'une affection abdominale grave qu'il est impossible de diagnostiquer par les moyens cliniques ordinaires (*laparotomie exploratrice*), affection qu'on traitera ou non chirurgicalement au cours même de l'intervention, suivant qu'elle apparaîtra justiciable ou non d'une opération.

La laparotomie comporte donc des manœuvres opératoires très variables, suivant la lésion qui la motive. Ces manœuvres spéciales, s'adressant à des affections diverses, constituent en réalité une série d'opérations distinctes qui seront étudiées plus loin, à propos du traitement de ces affections (Voy. *Ovariotomie*, *Salpingectomie*, *Hystérectomie*, etc.). Nous n'étudierons ici, dans un chapitre commun, que l'INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE et la SUTURE DE CETTE PAROI, la question de la PÉRITONISATION et celle du DRAINAGE, ainsi que les SOINS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES et les ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES.

Soins préopératoires. — Évacuez l'intestin par une purgation (purgatif salin ou huile de ricin), donnée l'avant-veille de l'opération, et un lavement la veille.

Préparez l'asepsie de la paroi abdominale, en faisant, les deux ou trois jours qui précèdent l'opération, — après un bain général si

c'est possible, et après avoir bien rasé le mont de Vénus et les grandes lèvres, — un lavage et savonnage soigné du ventre avec de l'eau bouillie, suivi de dégraissage de la peau avec l'éther et avec l'alcool. Après le nettoyage, appliquez sur le ventre, pour éviter qu'il ne se souille, des compresses stérilisées maintenues par un bandage de corps; employez des compresses sèches, pour éviter l'humidité et la macération de la peau, qui entraveraient l'action stérilisante de la teinture d'iode, qui sera appliquée sur la peau immédiatement avant l'opération.

Comme on peut être appelé à ouvrir le vagin, ayez toujours soin de le nettoyer aussi par un lavage et savonnage, puis par des injections vaginales dans les deux ou trois jours qui précèdent la laparotomie.

Dites aussi à la patiente de se bien nettoyer la bouche et les dents et de faire des lavages de la bouche pendant ces quelques jours, comme dans ceux qui suivront l'opération, ce qui est le meilleur moyen d'éviter le risque d'une parotidite post-opératoire.

Préparation immédiate avant l'opération. — Sondez aseptiquement la vessie pour la vider complètement. Nettoyez, avec les mains désinfectées, bien entendu, la paroi abdominale sur toute sa largeur, en dépassant largement en haut l'ombilic, et y compris, en bas, la région pubienne, les régions inguinales et la racine des cuisses. Ayez soin de saisir avec une pince de Kocher la cicatrice ombilicale et de déplisser la dépression de l'ombilic, pour le nettoyer particulièrement.

Il y a quelques années, on pratiquait ce nettoyage de la paroi abdominale avec de l'eau stérilisée et du savon, en la frottant avec une brosse stérilisée ou mieux une poignée de fibre de bois stérilisée, moins rude et moins offensante pour la peau; on faisait suivre ce lavage et savonnage d'un lavage avec l'éther, puis l'alcool, et certains terminaient en lavant encore avec une solution antiseptique, de sublimé par exemple.

Aujourd'hui on pratique la stérilisation de la peau par la **méthode de Grossich** : badigeonnage de la surface cutanée, *à sec*, *sans lavage préalable*, avec de la teinture d'iode ; après une première couche, qu'on laisse sécher, on badigeonne une seconde fois.

On dispose alors sur le ventre de la patiente, sur la région pubienne et la racine des cuisses, et tout autour de la zone où va porter l'incision abdominale et qu'on laisse seule découverte, de larges serviettes stérilisées, communément désignées sous le nom de *champs opératoires*, que l'on fixe les unes aux autres avec des pinces.

L'opérateur se place soit à droite, soit à gauche de la patiente : il

n'y a pas à cet égard de règle absolue, et le même chirurgien préfère parfois se mettre, suivant la nature de l'opération et le côté de la lésion, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Un seul aide, — en dehors de celui qui s'occupe de l'anesthésie, — suffit généralement dans presque toutes les laparotomies gynécologiques : il se place en face de l'opérateur, de l'autre côté de la patiente. Le chirurgien ou son aide doivent eux-mêmes prendre leurs instruments, leurs fils, etc., dans des plateaux placés à leur portée, et il faut proscrire les aides surnuméraires qu'on employait autrefois pour couper les fils, présenter les instruments, etc. Il y a intérêt à diminuer le nombre des mains qui touchent ce matériel aseptique et par conséquent les risques d'infection (1). Un aide supplémentaire peut être quelquefois nécessaire pour tenir en place une valve sus-pubienne, mais les valves tenant d'elles-mêmes en place qu'on emploie généralement aujourd'hui permettent généralement de s'en passer.

Position de Trendelenburg. — Dans la plupart des opérations gynécologiques abdominales, il y a de grands avantages à mettre la patiente dans le décubitus incliné, tête et haut du corps en position déclive, bassin élevé, autrement dit dans la POSITION DE TRENDELENBURG (fig. 193).

L'usage du plan incliné, dont on est redevable, en France, à Delagenière, — complété par l'emploi de valves abdominales qui découvrent largement le champ opératoire, — a été, depuis l'antisepsie et l'asepsie, le plus grand progrès qui ait été réalisé dans la pratique de la laparotomie gynécologique, en particulier pour les opérations s'adressant aux annexites et pour l'hystérectomie abdominale; il a incontestablement rendu ces interventions bien plus faciles et moins dangereuses. Grâce à la position déclive de Trendelenburg, les anses intestinales descendent vers le diaphragme, dans la partie supérieure de l'abdomen, dégageant le bassin. En les recouvrant de larges compresses stérilisées, on les tient facilement isolées du champ opératoire pelvien, qu'elles ne viennent plus encombrer, en gênant la vue et les manœuvres de l'opérateur, et au milieu duquel elles ne risquent plus, comme autrefois, de contaminer leur séreuse au contact de pus ou de produits plus ou moins septiques. D'autre part, la cavité pelvienne dégagée est fort bien exposée au regard et bien éclairée dans cette position, le ventre de la patiente étant bien entendu tourné face à la grande baie vitrée que présentent

(1) Il doit être de règle aujourd'hui que l'opérateur et son aide non seulement se soient très soigneusement désinfecté les mains, mais aient en outre les mains revêtues de gants stérilisés.

aujourd'hui toutes les salles d'opérations gynécologiques. Le chirurgien y voit donc fort bien, et, grâce à l'emploi des larges valves abdominales, il est aujourd'hui infiniment plus à l'aise qu'autrefois pour manœuvrer dans le bassin.



Fig. 193. — Position déclive de Trendelenburg.

Il est facile d'obtenir la position déclive de Trendelenburg, toutes les tables d'opérations gynécologiques aujourd'hui étant construites de manière à pouvoir donner cette position. On a également construit divers *plans inclinés portatifs* (celui de Peraire, par exemple), qui, posés sur une table ordinaire, permettent de mettre l'opérée dans cette position.

Pour en obtenir les avantages qu'on en attend, il faut réaliser une inclinaison relativement considérable : le corps de la patiente doit faire un angle d'environ 45° avec l'horizontale.

La position de Trendelenburg rend les plus grands services dans les opérations abdominales dans lesquelles on doit manœuvrer profondément au fond du bassin, notamment dans les opérations pour annexites, dans l'hystérectomie abdominale. Mais elle ne doit pas être généralisée d'une manière absolue à toutes les laparotomies gynécologiques. Dans les cas d'inondation péritonéale par rupture de grossesse extra-utérine, ou d'épanchement sanguin abdominal par rupture utérine, il faut pratiquer la laparotomie dans le décubitus horizontal et évacuer le sang et les caillots sans mettre la patiente en position de Trendelenburg : autrement on s'expose à ce que ceux-ci ne se répandent dans les parties supérieures de l'abdomen, vers le diaphragme, et à laisser ainsi dans la cavité péritonéale des matières qui s'infectent facilement.

Lorsqu'on emploie la position de Trendelenburg, on met la malade dans cette position soit avant de commencer l'incision de l'abdomen, soit seulement au cours de l'opération, après avoir fait l'incision abdominale.

Incision de la paroi abdominale. — On a recours en gynécologie à deux modes d'incision de la paroi abdominale : 1° l'INCISION MÉDIANE SOUS-OMBILICALE, prolongée s'il est nécessaire au-dessus de l'ombilic ; 2° L'INCISION DE PFANNENSTIEL.

1° *Incision médiane.* — Cette incision s'étend verticalement sur la ligne médiane, d'un ou deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, jusqu'à une limite supérieure variable suivant l'étendue qu'on a besoin de lui donner, mais qui d'habitude reste au-dessous de l'ombilic. Quelquefois cependant, pour l'extirpation de volumineuses tumeurs, on est obligé de prolonger l'incision de la paroi jusqu'au-dessus de l'ombilic, on doit alors contourner celui-ci en passant à sa gauche.

Les doigts de la main gauche tendant également et fixant la peau de chaque côté de la ligne médiane, on incise franchement la peau, puis le tissu cellulo-graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, en allant du pubis vers l'ombilic si l'on est à gauche de la malade, ou au contraire de l'ombilic vers le pubis si l'on est à sa droite (dans ce dernier cas, il vaut mieux faire l'incision, la malade étant en position horizontale, et ne la mettre en position de Trendelenburg qu'après l'incision de la paroi). Si quelques vaisseaux sous-cutanés donnent du sang, on les pince ; la plupart n'ont même pas besoin d'être liés lorsqu'à la fin de l'opération on retire ces pinces.

On incise ensuite, toujours suivant la ligne médiane, c'est-à-dire le long de la ligne blanche, l'aponévrose. Souvent, pour peu qu'on ne reste pas exactement sur la ligne médiane, le bistouri ouvre la gaine d'un des muscles grands droits, dont on découvre les fibres musculaires rouges : il faut alors se reporter en dedans du bord interne de ce muscle pour l'incision des plans plus profonds. Pour cette incision, comme on approche du péritoine, il faut mettre de la prudence, afin de ne pas risquer, par un coup de bistouri maladroit et intempestif, de blesser un viscère (intestin, épiploon) en contact intime avec la paroi ou même adhérent à cette paroi. Aussi convient-il de procéder de la manière suivante : on saisit *légèrement* avec l'extrémité de deux pinces de Kocher, de part et d'autre de la ligne médiane, le feuillet profond de la gaine du grand droit, et, en tirant ou faisant tirer par l'aide sur ces pinces, on soulève un pli sur lequel on donne un léger coup de bistouri. Dans la petite ouverture ainsi faite au plan fibreux incisé, on introduit l'extrémité de deux pinces de Kocher qui pincent *légèrement* et soulèvent de même un nouveau pli de tissu cellulaire plus profond : on incise ce pli comme précédemment. On recommence au besoin de proche en proche à pincer plus profondément et soulever un nouveau pli de tissu qu'on incise, jusqu'à ce qu'on arrive au-dessous de la couche cellulo-graisseuse sous-péritonéale sur le péritoine lui-même, qu'on ouvre de la même manière. Le plus souvent, on arrive rapidement, en procédant ainsi, à faire au péritoine pariétal une petite boutonnière, qui permet d'apercevoir qu'on est arrivé à la cavité péritonéale. On repère immédiatement les bords de cette petite ouverture avec des pinces de Kocher, et, soulevant celles-ci, on l'agrandit et on y introduit un, puis deux doigts, que l'on glisse successivement en haut et en bas, derrière la paroi abdominale et à son contact, pour protéger les viscères sous-jacents pendant qu'avec une paire de gros ciseaux on achève en haut et en bas l'ouverture de la paroi abdominale dans toute son épaisseur. Au moment où l'on va, avec les ciseaux, agrandir l'ouverture vers le bas, il faut avoir soin de pincer la paroi entre un doigt introduit dans la cavité péritonéale et un doigt extérieur, pour s'assurer qu'il n'y a pas, dans la partie qu'on s'apprête à inciser, la vessie, qu'on reconnaîtrait à l'épaississement que déterminerait sa présence.

2° ***Incision de Pfannenstiel.*** — Elle consiste à inciser transversalement la peau et l'aponévrose qui forme le feuillet antérieur de la gaine des droits, et verticalement le reste de la paroi avec le péritoine.

On fait sur la peau, au-dessus des pubis, à la limite de la zone nor-

malement occupée par les poils, une incision courbe transversale à concavité regardant en haut. On incise de même l'aponévrose qui recouvre la face antérieure des muscles grands droits (fig. 194). On repère avec des pinces les lèvres de l'incision aponévrotique, et, les soulevant, on détache au bistouri ou aux ciseaux, successivement en haut et en bas, l'aponévrose du plan musculaire sous-jacent



Fig. 194. — Incision de Pfannenstiel.

Les téguments sont incisés et leur lambeau supérieur relevé avec une pince ; on incise l'aponévrose.

(fig. 195) ; c'est surtout sur la ligne médiane, au niveau de la ligne blanche, que l'aponévrose adhère aux plans sous-jacents et que le concours du bistouri ou des ciseaux est nécessaire pour la séparer.

Ayant détaché l'aponévrose sur une longueur suffisante en haut et en bas, surtout en haut, où l'aponévrose et la peau forment un lambeau que l'on rabat sur la paroi abdominale (fig. 195), on incise

alors verticalement sur la ligne médiane les plans fibreux ou celluleux sous-jacents et le péritoine (fig. 196).

L'incision de Pfannenstiel est aujourd'hui substituée à l'incision médiane par beaucoup de chirurgiens dans la plupart de leurs



Fig. 195. — Incision de Pfannenstiel.

On décolle l'aponévrose du plan musculaire sous-jacent.

laparotomies gynécologiques, dans celles tout au moins qui ne nécessitent pas une trop grande étendue d'incision abdominale. C'est qu'elle présente de sérieux avantages : non seulement la cicatrice se trouve dissimulée dans les poils, mais surtout ce mode d'incision *garantit beaucoup mieux contre les risques d'éventration post-opératoire*, l'aponévrose étant incisée perpendiculairement à

l'incision des plans profonds et fournissant par conséquent après l'opération un plan fibreux résistant au-devant de celle-ci.

Isolement du champ opératoire et protection de l'intes-

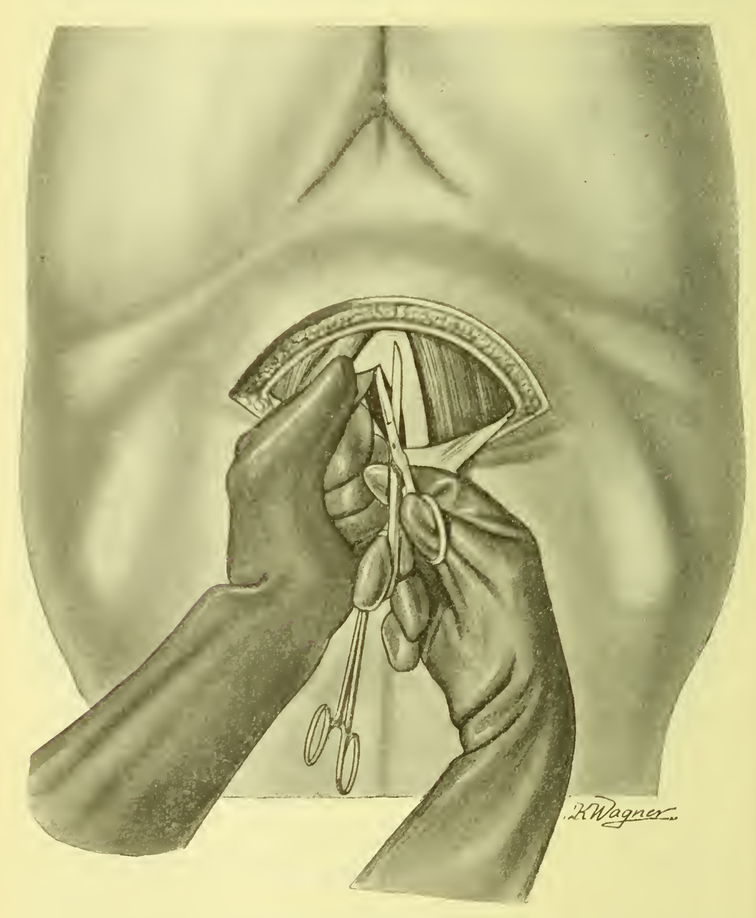


Fig. 196. — Incision de Pfannenstiel.

On incise verticalement sur la ligne médiane le péritoine.

tin. — La paroi abdominale incisée, on repère les lèvres de l'incision de la séreuse avec quelques pinces, et l'opérateur et son aide veillent à maintenir l'intestin, s'il tend à sortir, avec la main armée de larges compresses stériles. On dispose de chaque côté de l'incision

abdominale de larges *champs opératoires*, qui recouvrent les téguments et les pinces-repères. On cherche à isoler la masse intestinale du champ opératoire, en glissant entre elle et la paroi abdominale, à droite, à gauche, en haut, et jusque vers le fond de la cavité abdominale au-dessus et en arrière des organes génitaux (utérus et annexes), l'extrémité de quelques longues compresses stériles qu'on dispose pour que l'intestin soit complètement couvert et n'apparaisse pas, autant que possible, dans le champ opératoire pendant l'opération. Nous avons déjà dit combien la position de Trendelenburg favorisait l'isolement de l'intestin du champ opératoire pelvien. L'autre extrémité de ces compresses doit largement sortir de l'incision abdominale et, au besoin, être saisie par une longue pince qui pend au dehors, pour ne pas risquer d'oublier une compresse dans le ventre à la fin de l'opération.

Péritonisation. — L'ablation d'une tumeur ou d'un organe tel que les annexes de l'utérus ou l'utérus lui-même laisse sur la surface péritonéale une surface cruentée, tantôt petite lorsqu'il ne s'agit que de la tranche de section d'un pédicule étroit, tantôt plus ou moins étendue. Il faut s'attacher à ne pas laisser ces surfaces

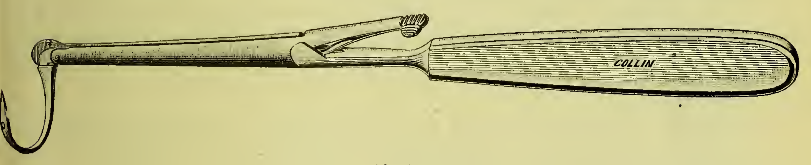


Fig. 197. — Aiguille à pédale.

cruentées à nu dans la cavité péritonéale, mais à les recouvrir de séreuse : c'est ce qu'on appelle la PÉRITONISATION.

Si on les laissait à nu, on s'exposerait à plusieurs inconvénients : 1° ces surfaces cruentées peuvent donner un suintement séreux ou séro-sanguinolent dans la cavité péritonéale, qui favorise l'infection de la séreuse ; 2° elles sont facilement l'origine d'*adhérences* péritonéales qui peuvent devenir une source de gêne, de douleur, de trouble dans le fonctionnement d'organes mobiles (coudure de l'intestin, occlusion intestinale).

Aussi la péritonisation a-t-elle marqué un important progrès dans les laparotomies gynécologiques.

Pour péritoniser ces surfaces, on s'y prend d'une façon un peu variable, adaptée à la disposition des parties. Lorsqu'il s'agit du moignon d'un pédicule étroit sectionné, généralement on l'*enfouit* sous la séreuse, en rapprochant deux plis faits à celle-ci de part et d'autre

de ce moignon et qu'on suture par-dessus lui par un ou plusieurs points ou par un petit surjet de catgut. Lorsqu'on a affaire à une surface cruentée plus ou moins large, il faut s'efforcer de la recouvrir en rapprochant comme on peut, par-dessus elle, les bords de la solution de continuité de la séreuse et en les suturant par un ou des surjets de catgut. Pour les surjets de catgut à pratiquer dans le fond de la cavité pelvienne, il convient de se servir d'une aiguille à pédale (fig. 197), très commode.

La question du drainage.— Le drainage, après les laparotomies, présente de sérieux *avantages*. S'il existe quelque suintement, il l'évacue au dehors. Si l'opération ne s'est pas déroulée d'une façon complètement aseptique, il représente un des meilleurs moyens dont on dispose pour tenter de limiter l'infection, de prévenir son extension et sa généralisation : non seulement en évacuant les suintements séro-purulents ou purulents qui pourraient se produire, mais encore parce que, comme l'ont montré les expériences de M. Pierre Delbet, la présence du drain dans la cavité péritonéale entraîne rapidement autour de lui la formation d'adhérences séreuses, qui pourront isoler la zone drainée et infectée et empêcher la propagation de l'infection au reste de la grande cavité péritonéale.

Le drainage offre donc certaines garanties pour diminuer les risques d'infection, de péritonite, et, il y a quelques années, bien des chirurgiens y recouraient volontiers et fréquemment dans leurs laparotomies.

Mais le drainage a aussi des *inconvénients* : le Pr Aug. Pollosson et Violet notamment y ont insisté et ont combattu l'usage du drainage dans les cas où celui-ci n'est pas rigoureusement indiqué.

Le drainage laisse dans la cicatrice abdominale un point faible, qui favorise la production ultérieure d'une éventration. Il amène la production d'adhérences péritonéales, qui peuvent n'être pas toujours sans inconvénient. Enfin il peut être une source d'infection secondaire après l'opération (Violet). Aussi, aujourd'hui, est-on plus modéré dans la pratique du drainage.

Toutes les fois qu'on a fait une opération sans grandes difficultés ni manœuvres pénibles et prolongées, dans des conditions parfaites d'asepsie et d'hémostase, on ferme la paroi abdominale sans drainage.

Par contre, toutes les fois que l'opération a nécessité des manipulations longues, laborieuses, que le décollement des adhérences laisse une surface peu lisse, pouvant suinter, toutes les fois surtout qu'une rupture de collection suppurée, une déchirure de l'intestin ou quelque autre incident au cours de l'opération a entraîné l'effusion dans le champ opératoire de produits septiques ou a pu entraîner une

souillure du péritoine, il faut drainer sans la moindre hésitation.

Certains chirurgiens recourent volontiers au **drainage vaginal**, en ouvrant le vagin au niveau du cul-de-sac de Douglas, ce qui est facile en s'aidant au besoin sur une pince-guide qu'un aide introduit par la vulve : un gros drain est alors poussé de l'abdomen dans le vagin par l'ouverture faite dans le cul-de-sac postérieur. Dans les cas où existe un risque sérieux d'infection, le drainage vaginal, qui a l'avantage de drainer au point déclive, est particulièrement recommandable. On l'associera, en pareil cas, à un drainage abdominal.

Le **drainage abdominal**, dont beaucoup de chirurgiens se contentent dans les cas ordinaires, doit être réalisé avec des drains de la grosseur d'un doigt moyen. Le plus souvent, un seul **drain**, poussé jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas et dont le bout sort par l'extrémité inférieure de la plaie abdominale, est suffisant. Son extrémité inférieure sera percée de deux ou trois trous latéraux. On aura soin de placer sur la paroi abdominale, à l'endroit où sort le drain, un *fil d'attente*, crin de Florence, qu'on ne serrera pas et qui servira, lorsque le drain sera enlevé dans la suite, à fermer l'orifice de la paroi par où passe celui-ci. Le drain sera enlevé généralement au bout de quarante-huit heures, après avoir eu soin d'aspirer, par une sonde de Nélaton stérilisée introduite dans sa lumière jusqu'au fond et sur laquelle on adapte une seringue stérile, la petite quantité de liquide qui peut stagner à la partie profonde du drain. Il va sans dire que, s'il y avait une quantité notable de liquide, ou surtout si l'on retirait un liquide séro-purulent ou s'il y avait des signes d'infection, le drain, loin d'être retiré, serait laissé plus longtemps, et l'aspiration renouvelée, au besoin, le soir même et les jours suivants.

On a également parlé d'un *drainage capillaire* de l'abdomen avec de la gaze, qui, par imbibition, assurerait l'écoulement des sécrétions à l'extérieur. En réalité, le **drainage à la gaze** est fort souvent un mauvais drainage. Pour peu que la gaze soit trop tassée ou qu'elle soit serrée dans son orifice de sortie à travers la paroi, elle fait bouchon plutôt qu'elle ne draine et amène la rétention du liquide plutôt que son évacuation. On rejettera donc la gaze comme procédé de drainage, et on lui préférera les tubes.

Cependant une mèche de gaze stérile peut être très utile comme procédé, non plus de drainage, mais de tamponnement, lorsqu'il existe sur un point de la séreuse une surface suintante en nappe, difficile à hémostasier, comme cela se voit parfois après l'ablation d'annexes très adhérentes. Dans certains cas où la rupture d'une collection suppurée pendant l'opération a amené l'effusion de pus en un point du bassin, on pourra également avoir recours à un tam-

ponnement de ce point avec de la gaze, dans le but d'isoler cette région infectée de la grande cavité péritonéale et des intestins, et de provoquer la formation d'adhérences. Un drainage avec un gros tube serait, bien entendu, en même temps de rigueur.

C'est dans des cas de ce genre, où l'on vise à réaliser avec la gaze un tamponnement hémostatique ou un isolement d'une zone déterminée de la séreuse, plutôt qu'un véritable drainage, qu'on peut recourir au *drainage à la Mickulicz* : on prend une grande compresse stérile, carrée, des dimensions d'un mouchoir ordinaire, et l'on fixe solidement à son centre un long et solide fil de soie ; on plie ce carré de gaze en cornet autour du fil, qui occupe donc l'intérieur du cornet ; le fond du sac ainsi formé est saisi avec une pince et porté dans l'abdomen au point voulu ; on remplit enfin l'intérieur du sac de gaze avec des mèches de gaze stérile, de manière à réaliser un tamponnement. On peut, avec les mèches de gaze, mettre aussi un tube à drainage dans le sac de Mickulicz. On retire les mèches au bout de quarante-huit heures, et le sac du quatrième au cinquième jour, en tirant sur le fil de soie qu'on a eu soin de laisser émerger de la plaie abdominale et qui décolle le sac en commençant par son fond.

On fabrique aujourd'hui des modèles de drains auxquels on a cherché à associer l'action adjuvante de la capillarité : ce sont des tubes dont la lumière renferme un certain nombre de fils qui, par capillarité, absorbent les liquides. Ces modèles sont recommandables (drain Goldman).

Suture de la paroi abdominale. — Quelques chirurgiens (Ricard, Routier, Segond) pratiquent une **suture en un seul plan** avec des fils qui passent à la fois dans tous les plans constitutifs de la paroi abdominale. Bien que la plupart des chirurgiens emploient de préférence la suture à plans séparés (Voy. plus loin), la suture en un seul plan a tout au moins incontestablement une indication bien nette, dans les cas où l'état précaire de la malade (qu'il s'agisse de shock ou d'hémorragie considérable, comme dans certaines opérations pour inondation péritonéale) commande de restreindre le plus possible la durée de l'intervention. Pour cette suture en un plan, il faut se servir de fortes et longues aiguilles (l'aiguille ordinaire de Reverdin ne saurait convenir), que l'on fait passer successivement dans la peau, puis dans le plan musculo-aponévrotique, puis dans la séreuse d'un des bords de la plaie, et ensuite successivement à travers la séreuse, le plan musculo-aponévrotique et la peau du bord opposé. On se sert, de préférence à la grosse soie, de forts fils d'argent ou de bronze d'aluminium. Quatre ou cinq fils suffisent ordinairement pour une incision de longueur ordinaire. Mais, après avoir serré ces

fils, on complète l'affrontement de la peau par quelques points de suture intermédiaires superficiels, au crin de Florence, ne prenant que les téguments.

La plupart des chirurgiens, et c'est notre pratique, préfèrent habituellement la **suture à plans séparés** : avec une aiguille de Reverdin légèrement courbe, qui ici est très commode, on fait un premier surjet au catgut (n° 2) sur la séreuse, puis un deuxième surjet ou mieux des points séparés au catgut un peu fort sur le plan musculo-aponévrotique ; enfin on réunit la peau avec des crins de Florence ou au moyen d'agrafes de Michel.



Fig. 198. — Agrafes de Michel : celle de droite avant l'application ; celle de gauche infléchie comme après l'application.

Si on emploie les agrafes de Michel (fig. 198), comme celles-ci n'affrontent que la peau, il convient de *capitonner* la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, surtout si elle est un peu épaisse, par quelques points de catgut, pour ne pas laisser au-dessous de la peau un espace qui pourrait devenir le siège de suintement et d'hématome.

La figure 200 montre la manière de poser les agrafes : avec une pince à disséquer, l'aide soulève et affronte aussi exactement que possible les bords de la peau, de part et d'autre du point où l'on va

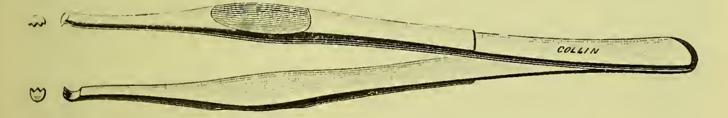


Fig. 199. — Pince porte-agrafe.

mettre l'agrafe, ou seulement d'un côté, si, comme dans la figure 200, l'affrontement est réalisé de l'autre côté par des agrafes déjà posées; l'agrafe est saisie avec une pince spéciale, ressemblant à une pince à disséquer, dont les branches présentent, près de leur extrémité, une petite rainure où s'insinuent les extrémités de l'agrafe (fig. 199) ; on la présente alors à cheval sur l'incision cutanée, affrontée comme il vient d'être dit, et, par simple pression des doigts sur la pince, l'agrafe s'infléchit et les pointes de ses extrémités viennent se ficher dans la peau.

Lorsque plus tard on retire les agrafes, on se sert pour cela d'une pince spéciale (fig. 201), dont une branche se termine en une pointe qu'on insinue sous la partie moyenne de l'agrafe ; en fermant la pince, celle-ci est construite de telle façon que sa pression aplatit et redresse l'inflexion de l'agrafe, dont les extrémités lâchent la peau.

Soins post-opératoires. — L'opérée doit être, aussitôt l'opération terminée, transportée dans un lit tout préparé, chauffé d'avance par des boules. On l'étendra sur le dos, la tête basse, sans oreiller, la face tournée de côté pour que, si des vomissements

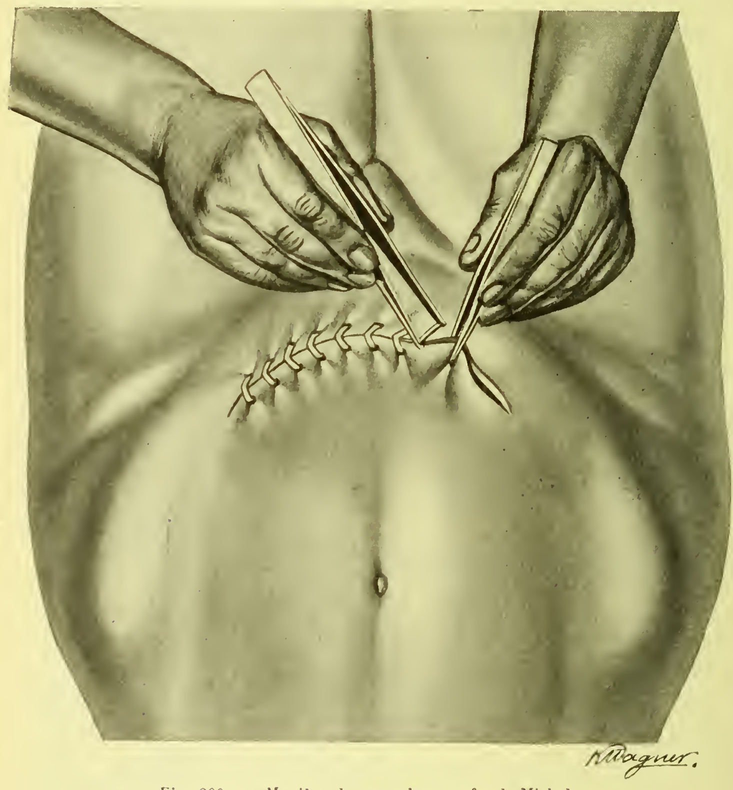


Fig. 200. — Manière de poser les agrafes de Michel.

post-anesthésiques se produisent, les matières vomies s'écoulent au dehors et ne tombent pas dans les voies aériennes. Une alèze roulée ou un coussin sera mis sous les membres inférieurs, au niveau des jarrets, et une serviette sera mise et nouée autour des cuisses, juste au-dessus des genoux, de manière à empêcher la femme de remuer ses membres inférieurs. Une tranquillité absolue sera maintenue dans la chambre.

Lorsque l'opérée a repris ses sens et lorsqu'elle ne vomit plus et

n'a plus de nausées, on peut, le premier jour, lui administrer quelques gorgées de champagne ou de grog, par très petites quantités à la fois. On peut aussi alors lui élever davantage la tête en lui mettant un oreiller; mais elle restera couchée à plat sur le dos et devra garder l'immobilité. On veillera à l'élimination des urines, qu'on gardera dans un bocal, et si l'opérée ne peut uriner, on la sondera.

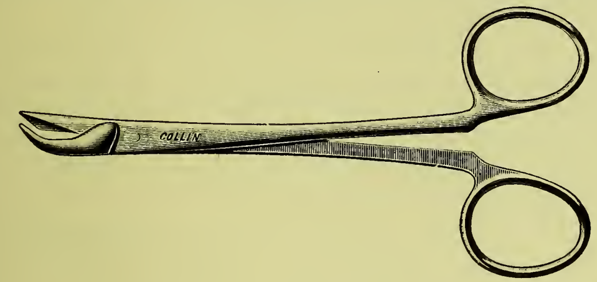


Fig. 201. — Pince pour retirer les agrafes.

Si elle est trop agitée, si elle a des douleurs intolérables et ne peut reposer, on lui fera des injections (par petites doses d'un quart ou d'un demi-centigramme) de morphine.

Le lendemain de l'opération, on administrera un lavement. Si la malade va bien, on commencera à lui donner un peu de lait, pur ou coupé d'eau de Vals. Quarante-huit heures après l'opération, on lui fera prendre une purgation (purgatif salin ou huile de ricin); lorsque celle-ci aura terminé son effet, si la femme va bien, on pourra commencer à lui donner une alimentation solide légère, et progressivement on l'autorisera à faire quelques mouvements, à remuer d'abord les membres inférieurs, dont on supprimera l'entrave, puis à se retourner quelque peu dans son lit. Il y a, d'autre part, avantage à ne pas prolonger au delà d'un ou deux jours le décubitus horizontal, mais à faire prendre la position semi-assise, qui facilite le jeu du diaphragme et la respiration, et qui diminue le danger d'hypostase pulmonaire.

On peut généralement, après la plupart des laparotomies gynécologiques, lorsque tout va bien, permettre à l'opérée de commencer à se lever de quinze jours à trois semaines après l'opération.

Les fils de suture de la paroi abdominale seront retirés du huitième au dixième jour, et ce n'est qu'à ce moment que le pansement sera changé pour la première fois s'il n'y avait pas de drainage et si l'état de l'opérée est resté jusqu'alors satisfaisant. Dans les cas où l'on a mis un drain, celui-ci sera retiré en général au bout de quarante-huit heures,

après avoir aspiré complètement le liquide séreux ou séro-sanguinolent qui peut être contenu à son intérieur et jusque dans la profondeur, avec une seringue montée sur une sonde de Nélaton stérilisée. Si la quantité de liquide retirée est notable, ou si le liquide est séro-purulent ou que l'état de la femme fasse concevoir des craintes d'infection, on laissera le drain plus longtemps.

Complications et accidents post-opératoires. — Les laparotomies gynécologiques peuvent être suivies de diverses complications.

1° Le ***shock***, qui succède immédiatement à l'opération et qui se voit surtout dans des cas où celle-ci a été compliquée, laborieuse, très longue, se caractérise par le refroidissement de la patiente (extrémités froides, température centrale abaissée), la petitesse du pouls et un état général de dépression.

Il faut alors *réchauffer la patiente*, l'entourer de boules chaudes, la bien couvrir dans son lit, pratiquer des *injections hypodermiques stimulantes* et toni-cardiaques (huile camphrée, spartéine, caféine, strychnine), faire des injections sous-cutanées de *sérum artificiel*.

Il faut se méfier, vu la similitude des symptômes, de prendre pour du shock opératoire une hémorragie se produisant immédiatement après l'opération.

2° L'***hémorragie interne***, facilement confondue avec le shock lorsqu'elle se produit de suite après une opération longue et pénible, est plus aisée à reconnaître lorsqu'elle survient un peu plus tard, alors que l'opérée avait semblé se remettre : elle détermine, pour peu qu'elle ait quelque abondance, de la pâleur, une petitesse et une fréquence croissantes du pouls, une tendance à la syncope, du refroidissement des extrémités et de l'abaissement de la température. Lorsqu'il existe un drainage, l'examen des pièces du pansement les montre infiltrées de sang.

Il faut sans hésiter *rouvrir l'abdomen* et arrêter l'hémorragie en liant le vaisseau qui saigne (en général vaisseau d'un pédicule dont la ligature n'a pas tenu parce qu'elle était mal serrée, qu'elle a glissé ou s'est dénouée). On doit, d'autre part, *réchauffer la malade*, lutter contre l'anémie hémorragique par le traitement général approprié, et avant tout relever la pression artérielle par des *injections sous-cutanées et au besoin intraveineuses de sérum artificiel* : dans les cas très graves et pressants, on fera sans tarder une injection intraveineuse d'un litre de sérum, chauffé à 40° ; dans les cas moins graves, on se contentera d'injections sous-cutanées de 300 à 500 grammes, répétées au besoin deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

3° La ***péritonite*** est une des complications les plus importantes

de la laparotomie, celle à laquelle revient la plus large part de la mortalité post-opératoire. Et c'est surtout en réduisant sa fréquence, grâce aux progrès réalisés dans la pratique de l'asepsie et grâce aussi aux perfectionnements de la technique opératoire, qu'on a réduit la mortalité des laparotomies au point que certaines interventions gynécologiques abdominales, qui étaient encore graves il y a quinze ans, sont devenues aujourd'hui presque bénignes.

Il faut savoir que, dans la péritonite post-opératoire, surtout dans la péritonite septique grave ou *septicémie péritonéale aiguë*, bien des symptômes faisant partie du tableau clinique type de la péritonite classique font souvent défaut : la douleur abdominale à la pression peut être nulle ou minime, le météorisme absent, la température rester peu élevée, aux environs de 38°, ou même normale ; cette absence d'élévation de température, en pareil cas, coïncidant avec une extrême fréquence du pouls, indique une forme très septique et un pronostic très grave.

Mais si bien des symptômes peuvent manquer et le tableau clinique de la péritonite être peu apparent, il y a un signe d'une importance capitale, car il ne manque jamais : c'est la GRANDE ACCÉLÉRATION DU POULS. Sans doute la fréquence et la petitesse du pouls existent aussi chez les opérées, qui ont, ou ont eu récemment une hémorragie, et il y a parfois, de ce fait, une difficulté et une hésitation possible dans le diagnostic. Mais *chez une femme laparotomisée, chez qui toute idée d'hémorragie peut être écartée, la constatation, dans les jours qui suivent l'opération, d'une accélération et d'une petitesse marquées du pouls qui vont en s'accentuant (celui-ci passant assez vite de 100 à 120, puis 130, 140 pulsations et davantage), doit toujours faire penser avant tout à une infection péritonéale.*

Comment essayer de combattre la péritonite septique ?

Il faut *rouvrir la plaie abdominale et drainer la cavité péritonéale* (1). Les chirurgiens ont été divisés sur la question de savoir s'il faut ou non faire un *lavage du péritoine* avec du sérum artificiel chaud : les uns, craignant par ce lavage de détacher des adhérences, de diffuser les germes septiques ; les autres, estimant que, dans une péritonite diffuse, cette crainte est chimérique et que le lavage est capable d'entraîner mécaniquement une grande quantité de germes infectieux. Quoi qu'il en soit, on établira un *bon drainage*, et plusieurs fois dans la journée on aspirera le pus jusqu'au fond du ou des drains, au moyen d'une seringue et d'une sonde stérile qu'on fera pénétrer dans l'intérieur du drain. La malade sera placée dans la *position*

(1) Dans la septicémie péritonéale aiguë, on ne trouve habituellement dans l'abdomen qu'une quantité minime de liquide, ayant l'aspect de « bouillon sale » et très toxique.

demi-assise. On appliquera de la glace sur le ventre au-dessus des compresses du pansement. Il est parfois utile de mettre une sonde rectale pour favoriser la sortie des gaz. Pour immobiliser l'intestin, on donne de l'opium, et on prescrit une diète complète. Pour dissiper la sensation de soif, et surtout pour lutter contre l'infection, relever la pression artérielle et l'état général, on fera des injections sous-cutanées de *sérum artificiel*, ou on administrera ce sérum artificiel par la voie rectale, suivant la méthode de Murphy, sous forme de lavements continus avec un appareil à faible pression faisant pénétrer le sérum goutte à goutte : on peut ainsi faire absorber par le rectum, en quelques heures, des quantités de sérum considérables. Les injections *intraveineuses* de sérum artificiel ne sont indiquées que dans des circonstances d'une gravité immédiate. Enfin l'administration de digitaline, les injections d'huile camphrée, etc., lorsqu'il y a besoin de soutenir le cœur, sont également indiquées.

Souvent la péritonite s'accompagne d'un météorisme considérable et d'une absence à peu près complète d'évacuations intestinales, même de gaz, ce qui est dû à une véritable paralysie de l'intestin. L'intoxication d'origine intestinale s'ajoute alors à l'infection de la séreuse. On a cherché à la combattre par des purgatifs et même, dans certains cas, par l'entérostomie.

Bien entendu, ce traitement, tel que je viens de l'exposer, ne s'applique intégralement qu'à la péritonite septique. Assez fréquemment, dans les premiers jours qui suivent une laparotomie, on observe quelques symptômes fébriles légers et fugaces qui dénotent un faible degré d'infection et probablement, dans un certain nombre de cas, une légère atteinte de la séreuse ; mais une faible élévation de température et une accélération modérée du pouls, lorsqu'il n'y a pas de symptômes inquiétants et que l'état général reste bon, ne sauraient être des motifs suffisants pour rouvrir le ventre.

4° L'***occlusion intestinale post-opératoire***, beaucoup plus rare que la péritonite, peut être due à des mécanismes différents. Le plus souvent elle est la conséquence d'*adhérences post-opératoires* qui déterminent l'occlusion par inflexion, coudure de l'intestin, par torsion, volvulus, ou l'étranglement de celui-ci par une bride. D'autres fois, à la suite de l'ablation de tumeurs volumineuses, particulièrement après des ovariotomies pour gros kystes de l'ovaire, l'occlusion intestinale peut être due à une cause spéciale bien indiquée par Adenot, la *coudure de l'angle colique gauche* : à la suite de l'ablation d'un kyste qui refoulait la masse intestinale, celle-ci et en particulier le côlon transverse s'abaissent dans l'abdomen lorsque la tumeur est enlevée, et par suite de la fixité de l'angle colique

gauche que maintient un ligament spécial, il s'ensuit à ce niveau une coudure du côlon qui détermine l'occlusion. Enfin, dans certaines occlusions post-opératoires, on ne trouve aucun agent expliquant l'occlusion qui paraît résulter d'une *paralysie de l'intestin.*

Lorsque l'occlusion intestinale post-opératoire apparaît dès les premiers jours qui suivent l'opération, *son diagnostic avec la péritonite est souvent difficile* : la température reste peu élevée, mais il en est souvent de même dans la péritonite ; le météorisme est très accusé ; les anses intestinales se dessinent parfois sous la paroi ; le pouls, quoique fréquent, l'est moins et s'accélère moins rapidement que dans la péritonite ; enfin, surtout, le signe le plus important pour établir le diagnostic différentiel, c'est l'*absence complète, absolue, de toute expulsion de matières et de gaz par l'anus.*

Lorsque l'occlusion n'apparaît que dix ou quinze jours après l'opération, ne pouvant plus guère alors être confondue avec une péritonite, son diagnostic est au contraire facile.

Le **traitement** de l'occlusion intestinale post-opératoire bien établie, après échec d'un purgatif, consiste à *ouvrir le ventre*, puis à aller d'abord droit au foyer opératoire pour l'examiner et y rechercher la cause de l'occlusion. Si on trouve à ce niveau une adhérence, une inflexion de l'intestin, un étranglement, un volvulus, on y remédie et on lève l'obstacle. Si on ne découvre rien au niveau du foyer opératoire, il faut alors songer à la possibilité d'une coudure de l'angle colique gauche : si l'on trouve le cæcum distendu, ce qui dénote que l'obstacle siège plus loin sur le gros intestin, il faut suivre celui-ci de proche en proche à partir du cæcum et, lorsqu'on arrive sur l'obstacle de l'angle colique, le réduire en relevant le côlon transverse et en déplaçant l'intestin de manière à rétablir la circulation dans le côlon descendant.

Si on ne trouve aucune cause d'occlusion, on pratique, faute de mieux, une *entérostomie* (anus contre nature). On en ferait autant si l'on était appelé à intervenir tardivement, longtemps après le début des accidents, dans des conditions défavorables à la laparotomie.

5° La ***dilatation stomacale aiguë post-opératoire*** a une pathogénie, malgré les multiples théories émises, encore mal élucidée ; elle se complique d'***occlusion duodénale aiguë***, attribuable à l'aplatissement de la troisième portion du duodénum par l'artère mésentérique, le mésentère étant fortement tiré vers le bas. Elle est généralement fatale lorsqu'on la méconnaît. Elle se traduit par des vomissements abondants, malgré l'absence ou la faible quantité de liquide ingéré, le liquide rejeté semblant provenir d'une sécrétion

stomaco-duodénale ; — des signes de collapsus (altération des traits rappelant la péritonite, accélération et petitesse du pouls, température normale ou abaissée) ; — des signes de déshydratation (soif intense, oligurie) ; — mais ce qui la caractérise surtout et permet de la distinguer de la péritonite, c'est le *siège du ballonnement d'abord à la région épigastrique.* D'autre part, *les accidents cèdent rapidement à la position ventrale.*

On traite la dilatation stomacale aiguë post-opératoire, en faisant des lavages de l'estomac, mais surtout en faisant coucher la malade sur le ventre : aux séances prolongées de ce **décubitus ventral**, qui est le point principal du traitement, on peut adjoindre des séances de quelques minutes de position génu-pectorale. On lève ainsi l'occlusion duodénale. Mais on aura soin, en outre, de remédier à la déshydratation par le sérum artificiel en injections sous-cutanées ou en lavements, et de combattre le collapsus (huile camphrée, caféine).

6° La *parotidite post-opératoire* tient à une infection ascendante de la glande, dont la sécrétion et, par suite, l'écoulement de salive sont diminués. Il faut chercher à la prévenir par le nettoyage et les lavages de la bouche avant et après l'opération et, d'autre part, en favorisant la sécrétion de la parotide grâce à la mastication : pour cela, dès les premiers jours après l'intervention, à moins de contre-indication, l'opérée reprendra des aliments solides.

Lorsque la parotidite se déclare, on applique sur la région malade des compresses humides chaudes ; on fait l'expression de la glande et on fait pratiquer des lavages antiseptiques de la bouche. Si un abcès se forme, il faut l'inciser parallèlement à la direction des filets du nerf facial.

7° Les *congestions pulmonaires*, les *bronchopneumonies* sont des complications qu'on voit plus particulièrement survenir chez les femmes âgées, chez celles atteintes d'une affection pulmonaire chronique et chez celles qui ont été anesthésiées à l'éther.

8° Les *abcès* et les *fistules suppurées de la paroi abdominale*, dus souvent à des fils infectés, ne guérissent alors qu'après l'élimination des fils en cause.

9° Les *fistules stercorales de la paroi abdominale* apparaissent parfois à la suite des laparotomies complexes, pour salpingo-ovarites surtout, dans lesquelles on a dû détacher des adhérences des organes pelviens à l'intestin.

Elles finissent assez souvent par guérir d'elles-mêmes ou par de simples pansements. Sinon, on est obligé, pour y remédier, de faire une nouvelle opération.

10° L'*éventration* peut se présenter sous deux formes.

Il existe une **éventration précoce**, consécutive à l'enlèvement des fils de la paroi abdominale, et consistant dans l'issue en dehors du ventre d'une masse plus ou moins considérable d'intestin ou d'épiploon à travers la plaie abdominale qui ne s'est pas cicatrisée et qui se rouvre. C'est extrêmement rare. Dans le plus grand nombre des observations, cet accident, traité par la réintégration aussi aseptique que possible de l'intestin dans l'abdomen et par une suture nouvelle de la paroi, n'a pas eu de conséquence grave.

Mais l'**éventration tardive**, consistant dans la saillie, dans la hernie, sous la peau, des viscères (épiploon, intestin) au niveau de la cicatrice abdominale, entre les muscles grands droits écartés, en raison d'un affaiblissement et d'un relâchement de la cicatrice des plans profonds musculo-fibreux de la paroi abdominale, est au contraire assez fréquente. On doit chercher à la prévenir autant que possible par une suture soignée et solide de la paroi ; notons que l'incision de Pfannenstiel (Voy. p. 447) met beaucoup mieux que l'incision ordinaire à l'abri des risques d'éventration. De plus, après la laparotomie, il est d'usage de renforcer la paroi abdominale lorsque l'opérée commence à se lever et pendant plusieurs mois au moins, en lui faisant porter une ceinture abdominale faite sur mesure, en tissu résistant et doublée sur sa face interne d'une pelote répondant à la cicatrice. Si, malgré tout, une éventration vient à se produire et occasionne de la gêne, on y pallie par le port d'une ceinture, ou on y remédie par une opération de restauration de la paroi abdominale.

11° Les *adhérences post-opératoires* peuvent devenir, nous l'avons déjà dit, une source de douleurs ou de troubles divers tels que l'occlusion intestinale.

On peut très souvent les éviter par une asepsie scrupuleuse, par la péritonisation soigneuse des surfaces cruentées abdominales (Voy. p. 451) et par l'abstention du drainage lorsque celui-ci n'est pas nécessaire.

12° Les *psychoses post-opératoires*, de diverses formes, mais surtout à forme mélancolique, s'observent quelquefois chez des prédisposées, ayant déjà eu antérieurement des troubles mentaux ou ayant une prédisposition héréditaire. Quelque important que soit le rôle de l'hérédité et de la prédisposition, on peut cependant se demander si l'insuffisance de sécrétion interne des ovaires n'a pas une part dans la production de ces troubles mentaux : ils ont été surtout signalés après des ovariotomies et des opérations sur l'ovaire, et d'autre part nous verrons que des modifications psy-

chiques, qui s'exercent généralement dans un sens mélancolique, sont très fréquentes après l'ablation des ovaires (Voy. INSUFFISANCE OVARIENNE).

13° Les ***troubles consécutifs à l'ablation des ovaires***, et qu'on voit souvent apparaître après les opérations qui entraînent le sacrifice de ces organes, seront étudiés plus loin (Voy. INSUFFISANCE OVARIENNE).

ÉLECTROTHÉRAPIE.

L'électricité a été employée en gynécologie surtout dans le traitement des fibromes utérins, mais aussi dans celui des mérites chroniques, du vaginisme, de l'aménorrhée, etc. Nous ne saurions ici décrire la technique et la mise en œuvre de ce mode de traitement, qui nécessite un outillage spécial et qui est du ressort du spécialiste électrothérapeute (1).

Nous nous bornerons de même à mentionner le mode de traitement électrique du cancer utérin décrit dans ces dernières années par Keating-Hart, Juge, sous le nom de FULGURATION, et qui, après avoir donné de magnifiques espérances et suscité des discussions et des travaux nombreux, est aujourd'hui tombé dans le discrédit.

RADIOTHÉRAPIE.

L'emploi des rayons X a été appliqué dans ces derniers temps avec de remarquables résultats au traitement des *fibromes utérins* : il s'est montré très efficace contre les hémorragies, et on aurait même observé des régressions considérables de la tumeur (peut-être dans ce dernier cas peut-on, d'après Zimmern et Chaufour, suspecter la nature sarcomateuse de celle-ci). L'arrêt ou la diminution des hémorragies sont attribués à l'atrophie des follicules ovariens; quant à la réalité d'une action directe des rayons X sur le fibrome, elle est contestée.

La radiothérapie serait indiquée dans les fibromes chez les femmes au voisinage de la ménopause, au-dessus de quarante ans, et dans les *hémorragies de la ménopause* par fibrome ou par sclérose utérine. Les cas les plus favorables sont les tumeurs interstitielles, de consistance molle et à évolution rapide ; les tumeurs sous-muqueuses paraissent échapper à l'action des rayons (Zimmern et Chaufour).

(1) Voy. Électrothérapie, par NOGIER, in *Bibliothèque de thérapeutique* GILBERT et CARNOT.

RADIUMTHÉRAPIE.

Le **radium** a donné des résultats intéressants dans les annexites, les fibromes utérins, les cancers du col de l'utérus et du vagin : nous y reviendrons en parlant du traitement de ces affections.

MASSAGE.

Le MASSAGE, — ou la KINÉSITHÉRAPIE (Stapfer), qui comprend le massage et la gymnastique associés, — est employé dans nombre d'affections gynécologiques *chroniques* : œdèmes, infiltrations et sclérose du tissu cellulaire pelvien, adhérences utérines et péri-utérines, déviations utérines, prolapsus, relâchement des ligaments. On demande au massage *bien fait* de décongestionner l'utérus, de faire résorber les exsudats du tissu cellulaire, de relâcher les adhérences, de tonifier les ligaments musculaires de l'utérus.

Le massage gynécologique, qui comprend diverses manœuvres abdominales ou vaginales sur lesquelles je ne puis m'étendre ici, doit être proscrit dans les inflammations aiguës ou lorsqu'il y a une collection suppurée.

Il ne doit être pratiqué que par un médecin.

EAUX MINÉRALES.

Diverses stations d'eaux minérales (1) ou thermales offrent des ressources à la thérapeutique gynécologique. Que peut-on leur demander ?

De modifier l'état général, l'état diathésique et la nutrition, d'agir sur le système nerveux ou sur la circulation, — et, par là, d'amender ou faire disparaître les troubles causés ou influencés par un état

(1) On classe volontiers les eaux minérales d'après leur composition chimique. Cette classification est loin d'être parfaite : la minéralisation est souvent, malgré la prédominance de tel ou tel élément chimique, très complexe, de sorte que des eaux classées dans un même groupe ne sont pas identiques, et que beaucoup d'entre elles peuvent, en raison de la multiplicité de leurs principes constitutifs, être classées à la fois dans plusieurs groupes. D'autre part, la composition chimique n'est pas — à beaucoup près — le seul facteur de l'action thérapeutique des eaux ; elle n'est même peut-être souvent pas le principal : il faut aussi tenir grand compte de leur thermalité, de leur radioactivité, de l'état ionique des éléments, etc., sans parler de leurs divers modes d'emploi, qui permettent parfois d'obtenir, avec une même eau, des actions différentes. Le climat et l'altitude de la station peuvent aussi jouer un rôle dans la cure. En réalité, l'appréciation de la valeur thérapeutique des eaux minérales ne doit pas être basée simplement sur leur composition chimique, mais avant tout sur l'observation clinique et sur l'expérience.

général ou diathésique, par des conditions circulatoires ou par un fonctionnement nerveux défectueux.

Les **indications** des cures hydrominérales ou thermales en gynécologie sont : 1° les états congestifs chroniques, la subinvolution de l'utérus ; 2° les inflammations *chroniques* de l'utérus, de ses annexes ou du tissu cellulaire pelvien (métrites, annexites, paramétrites chroniques), *lorsque toute poussée aiguë a depuis longtemps disparu et qu'il n'y a pas de collection suppurée* ; 3° les aménorrhées dépendant d'un état général, certaines dysménorrhées, enfin la leucorrhée, la stérilité, surtout lorsqu'elles sont sous la dépendance d'un état général ; 4° les fibromes utérins.

Le traitement *bien dirigé* permet d'obtenir souvent des améliorations ou des guérisons, de diminuer ou faire disparaître l'engorgement de l'utérus ou des annexes, de faire résorber les exsudats, disparaître les infiltrations du tissu cellulaire pelvien, les phénomènes douloureux ou congestifs, les hémorragies, les pertes blanches, de relever l'état général. Les eaux sont surtout indiquées dans les cas où une diathèse (lymphatisme, scrofule, arthritisme, névropathie) entretient, à la suite d'une inflammation utérine ou péri-utérine, une tendance à la chronicité et la persistance de troubles tels que congestion utérine, métrorragies, leucorrhée, phénomènes douloureux ou nerveux.

Le **choix de la station** où il convient d'envoyer ces malades ne saurait être formulé en règles absolument précises, car il ne dépend pas seulement de la maladie, mais SURTOUT DE LA MALADE, de son état général et diathésique, de la modalité de ses réactions physiologiques et pathologiques, de la prédominance clinique de tel ou tel ordre de phénomènes (douleur, hémorragies, leucorrhée), — sans parler des contingences ou commodités personnelles, avec lesquelles, dans la pratique, on est bien obligé de compter.

Parmi les stations où l'on traite les affections utérines ou péri-utérines, une première classe comprend les eaux **sédatives et calmantes** : elles conviennent aux femmes nerveuses, excitables, aux névralgiques, aux malades ayant des affections *douloureuses* ou congestives, à celles qui font facilement des poussées congestives et hémorragiques, aux arthritiques. Le type en est réalisé par les EAUX HYPERTHERMALES FAIBLEMENT MINÉRALISÉES, dont les plus connues dans le traitement des affections gynécologiques sont *Néris*, *Luxeuil*, *Plombières*, *Bains-les-Bains* en France, et *Ragatz* en Suisse (1). Certaines

(1) *Néris* (Allier) : eaux thermales (39° à 52°,5 C.), radio-actives, employées en bains, piscines, douches, irrigations, étuves, boisson. Saison : 15 mai-30 septembre.

Luxeuil (Haute-Saône) : eaux thermales (29° à 60°), très légèrement chlorurées ; il y a

eaux chlorurées sodiques faibles et chaudes, comme *Bourbon-Lancy* et *Saint-Gervais*, peuvent être rangées aussi dans cette classe (1).

Une deuxième classe comprend, au contraire, les eaux **excitantes** ou **stimulantes**, qui agissent, disent Landouzy et Carnot (2), « en provoquant d'abord un mouvement fluxionnaire, qui se traduit par la congestion du petit bassin, le réveil des douleurs, l'abondance des écoulements, qui sollicite, par conséquent, les réactions, et ne produit qu'à la suite de cette poussée l'action résolutive cherchée ; l s'agit donc là d'une méthode congestive... Ces eaux stimulent encore les fonctions générales, les appareils nerveux, sanguin, digestif, et améliorent, par là même, considérablement les malades atones et déprimées. »

Elles conviennent aux inflammations chroniques *torpides*, sans trop de tendance aux poussées congestives et hémorragiques, aux femmes lymphatiques ou scrofuleuses.

Ce sont tout d'abord les EAUX CHLORURÉES SODIQUES FORTES, c'est-à-dire, par ordre décroissant de minéralisation, *Rheinfelden*, *Biarritz*, *Salies-de-Béarn*, *Bex-les-Bains*, *Nauheim*, *Salins* (Jura) (3). Les plus

aussi des sources tièdes légèrement ferrugineuses et manganésiennes. Bains, piscines, douches, irrigations, boisson.

Plombières (Vosges) : eaux thermales [Source des Dames, 52° C. ; certaines sources ont jusqu'à 71° C. ; il y a aussi des sources froides (Source Alliot)], peu minéralisées, très radio-actives. Bains, douches, irrigations, piscines, étuves, boisson. Saison : 15 mai-30 septembre.

Bains-les-Bains (Vosges) : eaux thermales (30° à 50°), peu minéralisées, très radio-actives. Emploi et indications comme Plombières. Saison : 15 mai-30 septembre.

Ragatz-Pfæfers (Canton de Saint-Gall, Suisse) : eaux thermales (37° C.), peu minéralisées, radio-actives. Bains de baignoire et de piscine, douches, boisson. Altitude : 521 mètres (Ragatz), 685 mètres (Pfæfers). Climat sédatif et doux, protégé par les montagnes contre les vents. Saison : mi-mai à mi-octobre (Ragatz), fin mai à fin septembre (Pfæfers).

Notons que Plombières et Bains s'étant surtout spécialisés pour les affections de l'intestin, il est naturel de les réserver plutôt aux malades qui souffrent en même temps et surtout de leur intestin (entérite muco-membraneuse, douleurs intestinales spasmodiques), ce qui est loin d'être rare dans les affections gynécologiques.

(1) *Bourbon-Lancy* (Saône-et-Loire) : eaux thermales (47 à 58° C.), peu minéralisées, chlorurées sodiques faibles (1gr,28 par litre), radio-actives et très riches en gaz rares. Bains, piscines, douches, étuves, boisson. Saison : 15 mai-1er octobre.

Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie) : eaux thermales (39° à 40°), chlorurées sodiques faibles (1gr,70 par litre), sulfatées, faiblement sulfureuses. Bains, douches, pulvérisations, boisson. Altitude : 610 mètres.

(2) Voy. *Crénothérapie*, *in* Bibliothèque de Thérapeutique GILBERT et CARNOT.

(3) *Rheinfelden* (Suisse), au bord du Rhin : eaux chlorurées sodiques les plus minéralisées d'Europe (302 grammes de chlorure de sodium par litre). Eaux mères. Bains, douches, injections, compresses. Saison : 1er mai-15 octobre.

Biarritz (Basses-Pyrénées) : eaux chlorurées sodiques fortes (295 grammes pour 1000) rès légèrement bromo-iodurées, amenées de Briscous. Établissement ouvert toute l'année.

Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées) : eaux froides, chlorurées sodiques fortes (229 grammes pour 1 000), légèrement bromo-iodurées. Eaux mères, où les substances bromo-iodurées sont concentrées. Bains, douches, irrigations, compresses d'eaux mères. Établissement ouvert partiellement toute l'année.

Bex-les-Bains (canton de Vaud, Suisse) : eaux froides, chlorurées sodiques fortes

minéralisées de ces eaux, Rheinfelden, Salies-de-Béarn, Bex, sont tellement salées qu'on les dilue, pour les bains, avec de l'eau douce, afin que ceux-ci n'aient pas une action trop excitante : on augmente, au cours de la cure, le degré de salure, plus ou moins, suivant les cas et la tolérance du sujet. De plus, on rend l'action des eaux de Salies de-Béarn ou de Salins (Jura) moins excitante, et même sédative, par l'adjonction *d'eaux mères* qui sont notablement bromurées. Le mode d'emploi de ces eaux demande, on le voit, à être réglé et surveillé dans chaque cas par le médecin.

C'est à ces eaux chlorurées sodiques fortes, Salies-de-Béarn, Bex, Salins (Jura), ou à Kreuznach, dont la minéralisation est déjà bien moindre, qu'on s'adresse dans le traitement des fibromes utérins. La cure *bien dirigée* de Salies-de-Béarn ou de Salins (Jura) peut exercer dans cette affection une action tonique, décongestionnante et résolutive, dont les résultats sont parfois excellents : on observe la disparition de la métrite et de la gangue inflammatoire concomitante, la diminution des hémorragies, et même la diminution de volume de la tumeur, dont il serait cependant chimérique d'escompter la disparition complète.

Dans le traitement des inflammations chroniques utérines ou péri-utérines, lorsqu'on craint un effet trop excitant des eaux chlorurées sodiques fortes, on peut leur préférer les EAUX CHLORURÉES SODIQUES MOYENNES (c'est-à-dire moins fortes que les précédentes), comme *Salins-Moutiers*, *Kreuznach*, *Bourbonne-les-Bains* (1) ou même des EAUX CHLORURÉES SODIQUES FAIBLES telles que *Bourbon-l'Archambault* ou *Saint-Nectaire* (2).

On emploie aussi les EAUX CHLORURÉES et IODURÉES comme *Challes* (3).

(156 grammes pour 1 000) et sulfatées calciques, obtenues par lixiviation de roches salines. Bains.

Nauheim (Allemagne) : eaux chlorurées sodiques bien moins minéralisées que les précédentes (29gr,3 de chlorure de sodium pour 1 000).

Salins (Jura) : eaux froides chlorurées sodiques (22gr,75 pour 1 000), bromurées. Bains, piscine, douches, applications locales d'eaux mères. Eau diluée en boisson.

(1) *Salins-Moutiers* (Savoie) : eaux chaudes (35° C.), chlorurées sodiques (10gr,7 par litre), carbo-gazeuses. Bains, piscine à eau courante, boisson.

Kreuznach (Allemagne) : eaux chlorurées sodiques (14gr,1 par litre).

Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne) : eaux thermales (42°,8 à 65°,5 C.), chlorurées sodiques (5gr,20 par litre), lithinées, très analogues à celles de Wiesbaden, mais supérieures à celles-ci par leur teneur bien plus grande en brome et en lithium. Bains, douches, irrigations vaginales, étuves, boisson ; eaux mères.

(2) *Bourbon-l'Archambault* (Allier) : eaux thermales (52° C.), chlorurées sodiques (2gr,24 par litre), bicarbonatées mixtes, bromurées. Boisson, bains de baignoire et de piscine, douches, irrigations vaginales, bains d'étuve. Saison : 15 mai-1er octobre.

Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme) : eaux froides et chaudes (10° à 45°), chlorurées sodiques (2 grammes par litre), bicarbonatées, gazeuses. Boisson, bains, douches. Saison : 15 mai-30 septembre.

(3) *Challes* (Savoie) : eaux froides chloro-iodo-bromurées, sulfurées sodiques. Boisson, bains, douches.

Lorsque c'est l'élément catarrhal qui domine, on recourt volontiers aux eaux sulfureuses : en gynécologie, on s'adresse surtout à *Saint-Sauveur*, dont l'action n'est pas trop excitante et est même sédative : *Eaux-Chaudes*, *Vernet* peuvent en être rapprochés. On peut citer encore *Cauterets*, *Ax*, *Luchon*, *Uriage*, *Lavey-les-Bains*, *Aix-les-Bains* (1).

Bien d'autres eaux encore peuvent rendre service aux femmes atteintes d'affections génitales. Les eaux ferrugineuses (*Forges-les-Eaux*, *Bussang*, *Renlaigue*, *Orezza*, *Spa* (2), etc.) conviennent aux cas d'aménorrhée qui dépendent de la chlorose ou de l'anémie ; les eaux arsenicales de *La Bourboule* (3), tout comme les chlorurées sodiques (Salins-Moutiers, etc.) ou les bains de mer, conviennent à ceux qui dépendent du lymphatisme ou de la scrofule ; lorsque l'aménorrhée dépend de l'obésité, on envoie la malade à *Brides*, *Châtel-Guyon*, *Tarasp*, *Kissingen* ou *Marienbad* (4).

(1) *Saint-Sauveur* (Hautes-Pyrénées) : eaux chaudes (30° à 74°) sulfurées sodiques, peu minéralisées. Bains, douches.

Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées) : eaux chaudes (35° à 36°) et froides, sulfurées sodiques. Boisson, bains, douches.

Vernet (Pyrénées-Orientales) : eaux variant de 8° à 68° C., sulfurées sodiques. Climat de montagne.

Cauterets (Hautes-Pyrénées) : eaux chaudes (24° à 56°), sulfurées sodiques. Boisson, bains, piscines, douches, etc.

Ax (Ariège) : eaux froides et chaudes, sulfurées sodiques. Boisson, bains, douches, étuves.

Luchon (Haute-Garonne) : eaux froides et chaudes (17° à 68°), sulfurées sodiques. Bains, piscines, douches, étuves, boisson, etc.

Uriage (Isère) : eaux tièdes chlorurées sodiques et hydrosulfurées. Boisson, bains, douches, etc.

Lavey-les-Bains (canton de Vaud, Suisse), au bord du Rhône : eaux hyperthermales (51° à 52° C.), sulfatées mixtes, chlorurées sodiques faibles, hydrosulfurées. Boisson, bains, douches. Eaux mères provenant des salines du Bévieux, à Bex, et bromo-iodurées. Saison : 15 mai-1er octobre.

Aix-les-Bains (Savoie) : eaux chaudes (45° à 47°) hydrosulfurées, calciques. Bains, piscines, douches, étuves, etc.

(2) *Forges-les-Eaux* (Seine-Inférieure) : eaux froides, crénatées ferrugineuses. Boisson, bains, douches. Saison : 1er juin-1er octobre.

Bussang (Vosges) : eaux froides, bicarbonatées, ferrugineuses (crénate et arséniate de fer), gazeuses. Boisson, bains.

Renlaigue (Puy-de-Dôme) : eaux froides, bicarbonatées, ferrugineuses (carbonate de fer). Boisson.

Orezza (Corse) : eaux froides, ferrugineuses (carbonate de fer), gazeuses. Boisson.

Spa (Belgique) : eaux froides, bicarbonatées, ferrugineuses, gazeuses. Boisson, bains, douches.

(3) *La Bourboule* (Puy-de-Dôme) : eaux thermales (56°), chlorurées, bicarbonatées, arsenicales. Saison : 25 mai-1er octobre.

(4) *Brides-les-Bains* (Savoie) : eaux thermales (35° C.), chlorurées sodiques, sulfatées mixtes, ayant une action laxative. Boisson, bains, piscine à eau courante, étuves, douches. Saison : 15 mai-1er octobre.

Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme) : eaux tièdes et chaudes (20° à 38°), bicarbonatées mixtes chlorurées sodiques et magnésiennes, légèrement ferrugineuses, carbo-gazeuses. Laxatives. Boisson, bains, piscine à eau courante, douches, etc. Saison : 1er mai-31 octobre.

Enfin il me suffit de rappeler les services que les eaux alcalines (Vals, Vichy, etc.) rendent dans les troubles dyspeptiques si fréquents dans les affections gynécologiques, ceux des eaux diurétiques, telles que Évian, Vittel, Contrexéville, lorsqu'on veut faire uriner abondamment des femmes pléthoriques et hypertendues comme on en voit souvent à la ménopause, enfin ceux des eaux purgatives (Carabana, Villacabras, Rubinat, Hunyadi Janos, Montmirail) dans une foule de circonstances.

Remarquons que la richesse et la grande variété des eaux minérales en France permettent de répondre à toutes les indications, et que, de ce fait, nous ne sommes pas obligés en principe d'envoyer nos malades à des stations étrangères.

Tarasp (Grisons, Suisse) : eaux froides, bicarbonatées, chlorurées, sulfatées, ferrugineuses. Légèrement purgatives.

Kissingen (Bavière) : eaux froides, chlorurées sodiques, ferrugineuses, carbo-gazeuses. Boisson, bains. Saison : 1er mai-1er octobre.

Marienbad (Bohème) : eaux froides, bicarbonatées, sulfatées chlorurées sodiques, ferrugineuses, carbo-gazeuses.

CHAPITRE III

TROUBLES FONCTIONNELS

Troubles congestifs : Congestion utérine.
Écoulements génitaux pathologiques : Leucorrhée. Métrorragie.
Troubles menstruels : Ménorragie. Aménorrhée. Dysménorrhée.
Troubles nerveux : Prurit vulvaire. Vaginisme. Névralgies utéro-ovariennes. Coccygodynie. Nymphomanie. Psychopathies.
Stérilité.
Insuffisance ovarienne.

PREMIÈRE CLASSE.

TROUBLES CONGESTIFS.

CONGESTION UTÉRINE.

La CONGESTION UTÉRINE, admise par les anciens gynécologues (Aran, Courty), a été confondue par beaucoup de ceux de la période contemporaine dans le cadre de la métrite. Cependant divers gynécologues, Doléris, Richelot, A. Siredey notamment, l'ont réhabilitée : certes la congestion utérine est souvent liée à de la métrite ou se complique secondairement d'infection et de métrite ; mais *il y a des états congestifs qui paraissent indépendants de toute infection.*

Ils donnent lieu à des phénomènes douloureux ou à des phénomènes hémorragiques, les uns ou les autres prédominants suivant les cas, mais sans fièvre ni aucun signe général ou local d'infection utérine ou péri-utérine. On observe alors des sensations de pesanteur dans le bas-ventre, les reins et la région périnéale, ou même de véritables douleurs avec irradiations, souvent accompagnées de leucorrhée et parfois de troubles dyspeptiques, de malaise général ; l'exploration révèle un utérus augmenté de volume, mou, plus sensible ; le col est souvent turgescent, violacé ; les culs-de-sac vaginaux ont parfois quelque sensibilité, mais restent libres. Ces accidents, qui apparaissent souvent quelques jours avant les règles, s'apaisent en général lorsque le sang s'écoule. D'autres fois, ce sont des phénomènes hémorragiques qui dominent : règles abondantes ou de durée

exagérée, véritables ménorragies, ou métrorragies intermenstruelles.

Ces troubles congestifs apparaissent particulièrement à la puberté ou à la ménopause, donnant souvent lieu aux ménorragies des jeunes filles ou aux métrorragies de la ménopause, et ils peuvent s'observer aux différentes époques de la période d'activité génitale, par poussées de fréquence et de durée très variables. Lorsque la congestion a une durée prolongée, elle peut aboutir à des altérations de l'organe : la *sclérose utérine* (Voy. *Affections de l'utérus*). Notons d'ailleurs que bien souvent elle se complique, à un moment donné, d'infection et de métrite.

La grande cause de la congestion utérine est le *neuro-arthritisme* : ces femmes ont souvent d'autres manifestations de la diathèse, des migraines, des névralgies, des dermatoses, des hémorroïdes, des poussées congestives, etc. Beaucoup, surtout à la ménopause, sont pléthoriques et obèses. Quant aux causes occasionnelles de la congestion utérine, on en a signalé une foule : la fatigue, ou inversement l'immobilité exagérée, l'abus de la station debout, de la marche, des sports, les longs voyages, les excès de coït, les bains trop chauds ou quelquefois trop froids, les bains sulfureux, les cures aux eaux chlorurées sodiques fortes, le séjour à la mer ou à une haute altitude, les écarts d'alimentation, la constipation, etc. La subinvolution de l'utérus après l'accouchement joue aussi un rôle.

Je n'ai eu ici en vue que la congestion utérine *primitive* : on voit aussi des congestions utérines *secondaires*, dans des maladies qui déterminent une stase circulatoire, ou bien de l'hypertension, dans les affections cardiaques, dans l'artériosclérose, dans certaines affections du foie, dans les maladies des reins ; on les observe aussi dans des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, variole, grippe, etc.). Enfin, il est à peine besoin de rappeler que la congestion utérine est habituelle ou fréquente dans beaucoup d'affections utérines ou péri-utérines : métrite, fibromes, déviations, etc.

Traitement. — Il comporte d'abord des **règles d'hygiène**, applicables également à la PROPHYLAXIE des poussées congestives chez les femmes qui y sont exposées.

Il faut éviter les repas trop copieux, les mets excitants et épicés, le vin, surtout les vins généreux, les boissons alcooliques, les aliments facilement riches en toxines ; ne pas trop manger de viande, et pas le soir. Ne pas abuser, sous prétexte de métrorragies et d'anémie, des médicaments toniques, des ferrugineux, qui peuvent avoir une action trop excitante.

Le corset, la ceinture ne devront pas être trop serrés, pour ne pas gêner la circulation abdominale.

De même il faut éviter la constipation, veiller à la régularité des garde-robes en employant, s'il en est besoin, les lavements, les laxatifs, les purgatifs salins ou les eaux minérales purgatives, l'huile de ricin.

On évitera le séjour à la mer ou dans les hautes altitudes (au-dessus de 1000 ou 1200 mètres). La femme ne devra pas se fatiguer, abuser des sports, des marches prolongées, des longues courses en voiture et automobile ; mais, sauf pendant les règles, les hémorragies ou les poussées aiguës, où elle restera au lit, elle ne devra pas non plus se confiner dans l'immobilité complète, et elle prendra un exercice modéré.

On recommande encore les bains courts et pas trop chauds (35° ou 36° au plus), les frictions aromatiques sur tout le corps, les massages généraux. Bien entendu, l'état diathésique peut fournir encore d'autres indications.

Lorsqu'une femme présente de la congestion utérine, quel traitement associer aux préceptes hygiéniques qui précèdent ?

Les rapports sexuels devront être évités. On pourra prescrire des préparations d'hamamelis, d'hydrastis, de viburnum ; chez les femmes sujettes à des congestions périodiques exagérées à l'époque de leurs règles et à des ménorragies, on fera commencer l'usage de ces médicaments une semaine avant les règles. Pendant celles-ci, la femme gardera le repos.

Pour diminuer la congestion de l'utérus, on recourt couramment aux grandes **irrigations vaginales chaudes** à 48° ou aux **lavements chauds**, dont nous reparlerons plus longuement à propos du traitement des salpingo-ovarites et, d'autre part, à l'application sur le col, dans le vagin, de **tampons d'ouate stérile imbibés de glycérine**, qu'on laisse une douzaine d'heures, au bout desquelles la femme les retire, en tirant sur le fil dont est muni le tampon. La glycérine jouit d'un pouvoir exosmotique considérable; elle attire l'eau des tissus et réalise une véritable *saignée blanche*, une saignée séreuse, grâce à laquelle se dégorge l'utérus. On associe fréquemment à la glycérine divers médicaments, notamment le thigénol (10 grammes pour 40 grammes de glycérine).

Aujourd'hui on emploie beaucoup, à la place des tampons glycérinés, les **ovules à la glycérine solidifiée**, simples ou avec incorporation de divers médicaments (thigénol, etc.), qu'on trouve tout préparés dans le commerce. La femme s'introduit elle-même l'ovule dans le vagin, le soir en se couchant, et le laisse fondre.

La femme qui porte un tampon glycériné ou un ovule doit bien se garnir la vulve, en raison de l'abondant écoulement qu'il provoque.

Lors des poussées congestives, on cherche à décongestionner l'utérus en pratiquant aseptiquement des **scarifications du col** : on peut se servir pour cela d'un bistouri, mais on fait plutôt usage des carificateurs spéciaux (fig. 202). Pour en obtenir une émission sanguine suffisante, on peut les combiner à l'emploi de la ventouse de Bier, appliquée sur le col, avant ou après la scarification.

Fig. 202. — Scarificateurs du col utérin.

On n'emploie plus aujourd'hui les **sangsues** sur le col, mais on peut en appliquer sur la paroi abdominale.

Enfin rappelons l'emploi des moyens calmants pour combattre la douleur (compresses chaudes sur le ventre, lavements laudanisés — avec XX à XXX gouttes de laudanum de Sydenham, etc.)

Quant aux moyens usités pour combattre les métrorragies, je les ai étudiés ailleurs (Voy. *Métrorragie*, p. 476).

DEUXIÈME CLASSE.

ÉCOULEMENTS GÉNITAUX PATHOLOGIQUES.

LEUCORRHÉE.

Sous ce nom, ou sous ceux de FLUEURS BLANCHES, de PERTES BLANCHES, on désigne tous les écoulements des organes génitaux qui sont incolores, ou blancs, ou jaunes, ou d'un jaune verdâtre, — en un mot tous ceux qui ne sont pas rouges ni constitués par du sang.

Beaucoup de femmes « perdent en blanc » plus ou moins déjà étant jeunes filles et encore vierges, et continuent ensuite, parfois pendant toute leur existence. C'est que les pertes blanches sont loin d'être toujours en rapport avec une maladie génitale. A l'état phy-

siologique, les glandes de la muqueuse utérine sécrètent, et l'expulsion de quelques mucosités de temps à autre par le vagin est un phénomène absolument normal, surtout avant ou après les règles. Chez nombre de femmes ayant pourtant les organes génitaux sains, ces sécrétions sont exagérées, abondantes ; il y a véritablement leucorrhée, et cela s'observe sous l'influence de divers états généraux, comme l'anémie, la chlorose, ou ces états constitutionnels auxquels on donne le nom de lymphatisme, d'herpétisme, d'arthritisme.

Quand la leucorrhée existe en dehors de toute infection des organes génitaux, le liquide est clair, limpide ou blanchâtre.

Lorsque les pertes sont jaunes, muco-purulentes, et surtout d'un jaune verdâtre, ce caractère doit faire admettre leur infection plus ou moins marquée, mais cette leucorrhée des infections génitales peut elle-même être exagérée en quantité ou en durée sous l'influence d'un état général. La leucorrhée est habituelle dans les métrites, les vulvo-vaginites, fréquente dans les déviations utérines, les prolapsus et les fibromes utérins, où elle est sans doute généralement la conséquence d'un certain degré de congestion ou de métrite associée. Dans le cancer utérin, la leucorrhée est assez rapidement remplacée par des écoulements roussâtres, sanguinolents, ichoreux, d'un caractère notablement différent.

D'une manière générale, que les écoulements soient clairs ou muco-purulents, ceux qui proviennent des sécrétions du col utérin sont épais, formés de glaires visqueuses et filantes. Ceux provenant du corps utérin sont abondants et assez liquides. C'est à ces derniers que se rattache la variété désignée sous le nom d'HYDRORRHÉE, formée par un écoulement liquide, séreux, ressemblant à de l'eau, et que l'on peut observer dans les fibromes utérins, au début du cancer du corps de l'utérus, ou enfin pendant la grossesse comme conséquence, semble-t-il, d'endométrite (*hydrorrhée déciduale*).

Traitement. — La leucorrhée simple, non jaunâtre, liée à un état général, est combattue par des injections vaginales astringentes, à l'alun, au tanin, à la décoction d'écorce de chêne (Voy. p. 429). Les injections au permanganate de potasse (Voy. p. 429) donnent aussi de bons résultats et sont d'autant plus recommandables que parfois des écoulements leucorrhéiques plus ou moins constitutionnels s'infectent secondairement dans le vagin.

Ce sont ces injections vaginales au permanganate qui sont les plus recommandables dans les pertes blanches liées à de l'infection, de la métrite ou de la vulvo-vaginite.

Mais ce traitement local astringent ou antiseptique est souvent insuffisant : sous l'influence des injections répétées chaque jour, au

besoin matin et soir, les femmes perdent souvent moins et sont moins gênées ; mais, pour peu qu'elles se relâchent et négligent leurs injections, la leucorrhée reparaît. Il y a lieu d'instituer en outre un traitement s'adressant à la cause de la leucorrhée : s'il y a une affection locale, une vaginite ou de la métrite par exemple, on la traitera. De même, si les pertes blanches dépendent de l'état général, on s'efforcera de modifier celui-ci. Une cure à certaines eaux sulfureuses sédatives (Saint-Sauveur, Eaux-Chaudes, Vernet) peut être utile chez les lymphatiques et les herpétiques. Les bains aux eaux chlorurées sodiques (Bourbonne-les-Bains, Bourbon-Lancy, Saint-Nectaire) ou chlorurées et iodurées (Challes) peuvent rendre service chez les lymphatiques et dans la scrofule torpide. A la chlorose, à l'anémie s'adressent les eaux ferrugineuses (Forges-les-Eaux, Bussang, Orezza, Spa).

MÉTRORRAGIE.

Chez toute femme atteinte de métrorragie, on doit en rechercher la cause. On pensera d'abord aux causes principales qui sont l'avortement ou la menace d'avortement et les tumeurs utérines (fibrome, polypes, cancer). On recherchera ensuite les autres causes locales : la métrite, la salpingo-ovarite, etc. En l'absence de toute cause locale, il faudra examiner la malade médicalement pour voir si l'hémorragie ne vient pas de l'état général. On sait que les cardiaques, les rénales et les hépatiques sont sujettes aux métrorragies. Certaines neuro-arthritiques ont parfois des règles très abondantes devenant de véritables hémorragies. Celles-ci se voient principalement au moment de la *puberté* et de la *ménopause*. Certaines pyrexies et certaines intoxications s'accompagnent également de métrorragies.

Traitement. — Le diagnostic étiologique étant posé, on agira différemment suivant les cas pour supprimer la cause de l'hémorragie. Bornons-nous à signaler, relativement à ce **traitement étiologique**, qu'un certain nombre de cas de règles abondantes ou de métrorragies, sans lésions des organes génitaux, paraissent liés à de l'*insuffisance thyroïdienne* : on use alors de l'**opothérapie thyroïdienne**, on donne 10 centigrammes par jour d'extrait thyroïdien, en cachets ou pilules; il faut toujours alors, vu les dangers possibles du traitement thyroïdien, surveiller les effets de cette médication (pouls, etc.). Mais il est souvent indispensable avant tout d'arrêter la perte de sang qui menace la santé ou même la vie de la malade. Il y a donc un **traitement symptomatique** de la

métrorragie que nous allons ici étudier. La première chose à recommander à la femme est le **repos absolu au lit.** Elle devra rester dans la position horizontale, la tête basse, les membres inférieurs légèrement fléchis.

Deux ordres de moyens sont employés pour tenter de réaliser l'arrêt de la perte sanguine : 1° l'administration de divers médicaments par ingestion ou par voie hypodermique; 2° des moyens locaux. Très souvent, il y a lieu d'y joindre un traitement général destiné à combattre l'anémie créée par l'hémorragie.

Administration de médicaments hémostatiques. — On peut prescrire certains médicaments qui agissent sur l'utérus. Le plus employé est l'*ergot de seigle* et ses dérivés. L'ergot de seigle se prescrira sous forme de *poudre fraîche*, à la dose de 1 à 4 grammes par vingt-quatre heures, en cachets de 25 ou 50 centigrammes. L'*ergotine*, ou extrait d'ergot, s'emploie en potion à la même dose ou mieux en injection hypodermique. L'*ergotinine* s'injecte à la dose de $0^{mg},25$ à 1 milligramme. Il est bien entendu que l'ergot qui agit fort bien *ne doit jamais être ordonné dans les cas de rétention placentaire.* L'*hydrastis canadensis* est également un bon médicament. On l'emploie sous forme d'extrait fluide, à la dose de LX à LXXX gouttes par jour. Falk recommande le chlorhydrate d'hydrastinine en injections sous-cutanées. Citons encore l'extrait fluide d'*hamamelis virginica* (3 à 5 grammes par jour).

Le *chlorure de calcium*, fortement vanté dans ces dernières années, rendra de grands services. On le prescrit à la dose de 4 grammes par jour dans une potion (1). Il est nécessaire de ne pas dépasser cette dose, car le médicament diminuerait la viscosité du sang, au lieu de l'augmenter.

Enfin, dans les cas très graves, lorsque le tamponnement (Voy. plus loin) n'a pas agi, on pourra employer l'injection sous-cutanée de 20 à 50 centimètres cubes de sérum gélatiné ou solution de gélatine de 1 à 5 p. 100 dans l'eau salée physiologique à 7 p. 1 000. *On ne saurait trop répéter combien ce procédé est dangereux si la solution n'est pas parfaitement stérilisée.* On lui doit plusieurs cas de tétanos.

Traitement local. — Les agents physiques seront d'abord essayés ; le *froid* sous forme d'applications de glace sur le ventre ou d'injections froides. La *chaleur* est bien préférable, et les **injections vaginales chaudes prolongées de 48 à 50°** sont le traitement

(1)

Chlorure de calcium	4	grammes.
Sirop d'opium	40	—
Eau distillée	120	—

A prendre par cuillerées à soupe toutes les deux heures.

classique des métrorragies; elles rendent de grands services. Il ne faudra pas craindre de les répéter toutes les heures au besoin. Si l'hémorragie ne cède pas aux irrigations chaudes, on sera forcé d'agir autrement. On pourra essayer tout d'abord **un attouchement ou pansement hémostatique** de la cavité utérine. Si l'utérus est perméable, rien ne sera plus facile, sinon on introduira quelques bougies de Hégar pour pouvoir faire pénétrer le porte-remède. On enroulera un petit tampon autour de la tige (Voy. fig. 185), et on l'imbibera d'un des liquides suivants : *eau oxygénée* à 12 volumes, *solution d'antipyrine* à 10 p. 100 ou de *ferropyrine* de 15 à 20 p. 100; *chlorure de calcium* à 6 p. 100; *adrénaline* de 1 p. 2 000 à 1 p. 1 000, solution stérilisée de *gélatine* à 5 p. 100, etc. Si le col a pu être dilaté suffisamment, on introduira une petite mèche imbibée d'une de ces différentes solutions, que l'on laissera dans la cavité utérine pendant quelques heures. Citons encore le badigeonnage de la cavité utérine avec un *mélange à parties égales de salol et d'antipyrine* chauffé dans un tube, avec une solution de *nitrate d'argent* à 1/15 ou 1/20 ou de *chlorure de zinc* à 1/10 ou 1/15. On a vanté l'électricité galvanique comme hémostatique dans certaines congestions utérines ou chez certaines femmes atteintes de fibrome utérin. Elle peut rendre des services, mais c'est un procédé inférieur au traitement chirurgical.

Si le pansement intra-utérin ne suffit pas, et surtout dans les cas urgents de grave hémorragie menaçant l'existence, on devra se décider à pratiquer le **tamponnement vaginal**. Celui-ci, s'il est bien fait, arrêtera *momentanément* l'hémorragie. Il en est de même de l'**occlusion du col avec une pince** spéciale ou une simple pince de Museux, pendant quelques heures ou un jour, moyen préconisé par le Pr Maurice Pollosson.

Nous venons d'exposer les procédés qui permettent au médecin de tarir la perte sanguine. Mais il est certain qu'il faudra avant tout traiter les causes. Parmi celles-ci, un certain nombre tirent l'indication de l'intervention du seul fait de l'hémorragie grave ou persistante. Il en est ainsi pour certaines métrites hémorragiques ou certaines rétentions post-abortives, qui commandent le **curettage utérin**; nous verrons que certaines métrorragies ne cèdent qu'à l'**hystérectomie**.

Traitement général. — Nous insisterons peu sur le traitement général ; c'est le traitement de l'anémie post-hémorragique : toniques, viande crue, aération, hémoglobine, etc. Les **injections de sérum artificiel** rendent de grands services, soit à petites doses (150 à 200 grammes par jour) dans les cas chroniques, soit à doses massives

(500 grammes à 1 litre) dans les cas d'anémie aiguë succédant à une hémorragie abondante (avortement, fibrome utérin, etc.).

TROISIÈME CLASSE.

TROUBLES MENSTRUELS.

AMÉNORRHÉE.

L'absence d'écoulement menstruel pouvant être due à de nombreuses causes, on comprend que le médecin devra tout d'abord rechercher quelle en est la cause. On se rappellera que la GROSSESSE, l'ALLAITEMENT s'accompagnent de suspension des règles : *on devra toujours penser d'abord à la possibilité d'une grossesse, et toutes les fois que celle-ci pourra être suspectée, on s'abstiendra de toute exploration ou médication susceptible d'en interrompre le cours*. Quant aux CAUSES PATHOLOGIQUES, elles sont multiples. Il faudra rechercher si l'aménorrhée est d'ordre général ou local. Parmi les CAUSES LOCALES, éliminons d'abord les malformations génitales (atrésies du col et du vagin), qui s'accompagnent de rétention des règles, car il ne s'agit pas là d'aménorrhée vraie (Voy. *Hématocolpos* et *Hématométrie*), mais il existe un certain nombre d'affections des organes génitaux qui peuvent provoquer l'absence des règles : l'atrophie congénitale des ovaires et de l'utérus, l'ovarite scléro-kystique, la métrite scléreuse, certaines tumeurs ovariennes, etc. L'aménorrhée est fréquente dans les *kystes de l'ovaire* : aussi existe-t-il de nombreux exemples où des médecins ont pris un utérus gravide pour un kyste de l'ovaire et pratiqué une laparotomie au cours de laquelle ils se sont aperçus de leur erreur; l'erreur inverse est aussi possible.

Chaque cas sera traité suivant sa cause; j'ajouterai cependant que beaucoup d'aménorrhées qui étaient considérées comme étant d'ordre général sont regardées actuellement comme provenant d'un trouble de sécrétion de l'ovaire. Aussi, lorsqu'une femme réglée tardivement, présentant une atrophie utérine avec flexion forcée du col sur le corps, viendra consulter le médecin pour une aménorrhée, on fera bien de la soumettre à l'**opothérapie ovarienne** (Voy. p. 495). Il convient parfois d'associer à celle-ci l'**opothérapie thyroïdienne**, les deux insuffisances, ovarienne et thyroïdienne, se trouvant combinées.

Quant aux CAUSES D'ORDRE GÉNÉRAL, elles sont nombreuses. En premier lieu, citons les *névropathes*, les *hystériques*, qui présentent si souvent

des troubles menstruels. Chez celles-ci, l'hydrothérapie, la suggestion rendront des services. Si l'on est en présence d'une *chlorotique*, les toniques, le fer, le séjour à la campagne, les exercices physiques modérés amèneront le retour des règles dès que l'état général se sera amélioré. Il faudra rechercher également si l'aménorrhée n'est pas liée à une affection chronique, la tuberculose, le diabète, le mal de Bright, la syphilis grave, l'obésité, etc. Il faudra, dans ce cas, soigner les causes. Diverses **cures aux eaux minérales** peuvent être utiles dans les aménorrhées liées à l'anémie ou à la chlorose, au lymphatisme, à l'obésité : nous les avons déjà indiquées (Voy. p. 469).

Enfin certaines femmes, à la suite d'une émotion vive ou d'un refroidissement, voient leur menstruation cesser. Il s'agit généralement alors de terrain névropathique ou arthritique. Du reste, il n'est pas rare de voir, dans ces cas, des phénomènes pathologiques remplacer la menstruation (hémorragies supplémentaires, eczéma, etc.). C'est dans ces cas qu'on pourra essayer la **médication dite emménagogue**. Les bains chauds, les sinapismes sur la région lombaire, les bains de pieds sinapisés, les purgatifs pourront être prescrits. Quant aux médicaments *emménagogues*, ils sont généralement peu actifs ; citons cependant l'*apiol*, à la dose de 40 à 50 centigrammes en capsules, l'*aloès*, le *safran*, la *rue*, la *sabine* très employée autrefois (1), le *permanganate de potasse* en pilules à la dose de 5 à 15 centigrammes, l'*iode*, etc. Citons enfin le **traitement électrique**, qui donne parfois d'excellents résultats, de même que le *massage gynécologique*.

Les divers modes de traitement électrique de l'aménorrhée sont : la faradisation lomb -sus-pubienne, la franklinisation, la faradisation intra-utérine, la galvanisation intra-utérine. Nous ne pouvons que renvoyer, pour l'exposé et la direction de ce traitement, qui ne s'applique qu'aux retards de la puberté, avec bonne santé générale, aux aménorrhées *nerveuses* et aux aménorrhées des femmes sanguines neuro-arthritiques, obèses, à l'ouvrage de Nogier (2).

MÉNORRAGIE.

On appelle ainsi l'excès des règles en abondance ou en durée, constituant une véritable hémorragie pathologique. C'est, en somme,

(1) Aloès .... }
Rue .... } ãã 0gr,05 pour 1 cachet.
Sabine .... }
Safran .... }
Un à deux par jour. (De Sinéty).

(2) Nogier, Électrothérapie, in *Bibliothèque de thérapeutique* de Gilbert et Carnot.

une variété de métrorragie, et les causes en sont les mêmes : congestion utérine, fibrome utérin, salpingo-ovarite, etc. Remarquons cependant que, dans les fibromes utérins, les hémorragies affectent habituellement, au moins pendant un certain temps, le caractère de ménorragies : les règles deviennent plus abondantes, durent plus longtemps ; les intervalles intermenstruels se raccourcissent, et il peut finir par venir un moment où les pertes de sang ont lieu aussi bien dans l'intervalle des périodes menstruelles qu'au moment des règles. Au contraire, dans le cancer de l'utérus, les pertes de sang, dès leurs premières apparitions, se montrent souvent irrégulièrement, dans l'intervalle des règles aussi bien qu'à leur époque.

Traitement. — Le traitement des ménorragies est le même que celui des métrorragies en général (Voy. *Métrorragie*). Le repos sera gardé pendant toute la durée des règles, et l'on commencera à donner les médicaments hémostatiques (hydrastis, hamamelis) une semaine avant les règles.

DYSMÉNORRHÉE.

Elle consiste dans une *menstruation anormalement douloureuse* et s'accomplissant avec difficulté. En pareil cas, il faut examiner la femme pour en chercher la cause, qui est variable. Tantôt il s'agit d'une gène mécanique à la sortie du sang des règles, créée par une sténose du col, ou par une déviation et surtout une flexion de l'utérus, ou encore par une tumeur, fibrome, cancer, polype muqueux, ou une métrite. Tantôt il s'agit d'une affection des annexes, salpingite, adhérences annexielles, sclérose ou atrophie de l'ovaire, ovarite chronique ; tantôt enfin d'un développement imparfait des organes génitaux.

Traitement. — Il doit, lorsque c'est possible, **viser la cause** : dilatation ou stomatoplastie en cas de sténose du col (Voy. p. 499) ; redressement de l'utérus, par le port d'un pessaire (Voy. p. 538) ou par ligamentopexie (Voy. p. 547), en cas de rétrodéviation ; extirpation d'une tumeur; traitement de la métrite ou d'une annexite. Ce traitement causal opératoire ou intra-utérin de la dysménorrhée n'est mis en œuvre, bien entendu, que dans les périodes intermenstruelles. Dans les cas ou la dysménorrhée paraît liée à un développement imparfait des organes génitaux ou à un vice de fonctionnement ovarien, on emploie l'**opothérapie ovarienne** (Voy. p. 495).

A défaut d'affection pathologique caractérisée à combattre, on fait garder le repos au lit au moment des périodes douloureuses, et on cherche à **calmer les douleurs** menstruelles par le chloral, le

bromure de potassium, le valérianate d'ammoniaque, l'*assa fœtida*, le musc, la teinture de *Cannabis indica*, la *Piscidia erythrina* (1), la belladone ou la jusquiame, par l'antipyrine, par l'opium, par les lavements laudanisés, enfin par l'application de compresses chaudes sur la région hypogastrique ou par les bains chauds d'une demi-heure à une heure.

Dans ces dernières années, depuis qu'on a étudié les relations entre la muqueuse pituitaire et l'appareil génital de la femme, on a combattu maintes fois avec succès la dysménorrhée par le **traitement nasal**, en insensibilisant les points naso-génitaux (siégeant sur le cornet inférieur et la cloison du nez) avec la solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 20, et, si ces applications font cesser les douleurs pendant un certain temps et montrent qu'elles sont du ressort de la rhinothérapie, en cautérisant ces points sexuels (Fliess, Bonnier, Mahu).

La dysménorrhée peut encore souvent être améliorée par l'**électrothérapie** (Voy. Nogier, *Électrothérapie*).

Ce n'est qu'en dernier ressort, après échec des autres moyens, et si la dysménorrhée paraît d'origine ovarienne, qu'on aurait recours à la **castration ovarienne** ou opération de Battey, ou encore à la **castration utérine** (hystérectomie vaginale) que lui préférait Péan.

Dysménorrhée membraneuse.

C'est une forme de dysménorrhée, caractérisée, outre les phénomènes douloureux, par l'expulsion de membranes qui représentent, au moins dans certains cas, une partie de la muqueuse utérine s'exfoliant, — peut-être dans certains autres cas des produits pseudo membraneux d'origine inflammatoire. Elle n'est pas forcément, comme on l'a cru, la conséquence d'un avortement antérieur; elle peut s'observer chez les vierges; ses causes sont obscures; on admet que souvent elle dépend d'une endométrite chronique ou d'autres lésions utérines (déviations, flexions, sténose, fibrome, etc.).

On combat les phénomènes douloureux par les moyens précédemment indiqués. On traite, s'il y a lieu, la métrite, la sténose du col, les déviations, etc. Pozzi, qui fait de la dysménorrhée membraneuse une métrite exfoliatrice, recommande le curettage.

(1) Voici une formule recommandée par Huchard :

Teinture de *piscidia erythrina*....................	} āā 10 grammes.
Teinture de *viburnum prunifolium*................	}

Prendre XX gouttes, quatre à cinq fois par jour.

QUATRIÈME CLASSE

TROUBLES NERVEUX.

PRURIT VULVAIRE.

Le PRURIT VULVAIRE, caractérisé par des démangeaisons souvent insupportables, avec des exacerbations sous l'influence de la marche, de la chaleur, notamment la nuit sous l'influence de la chaleur du lit, est une affection souvent tenace dont se plaignent amèrement les femmes et qui non seulement entraîne fréquemment des lésions de grattage, de l'insomnie, mais peut avoir parfois d'autres conséquences : l'onanisme, la nymphomanie (Voy. p. 489), des troubles nerveux et même mentaux, une altération de la santé générale.

Il faut toujours en RECHERCHER LA CAUSE pour instituer, autant que possible, un **traitement étiologique**. Souvent ce sont des CAUSES LOCALES : écoulements leucorrhéiques liés à la vaginite, à la métrite, au cancer ; lésions vulvaires diverses (vulvite, herpès, eczéma, urticaire, leucoplasie, etc.) ; phtiriase, oxyures ; présence de pus ou de sucre dans l'urine. Quelquefois le prurit vulvaire paraît lié à des affections non de la vulve, mais des organes voisins : hémorroïdes, affections utéro-ovariennes.

Bien entendu, il faut, dans ces cas, chercher à remédier à l'affection causale : combattre la leucorrhée par des lotions et injections antiseptiques ou astringentes, etc.

Mais, dans bien des cas, on ne trouve aucune cause locale. Le prurit vulvaire peut aussi dépendre de CAUSES GÉNÉRALES : l'arthritisme, la goutte, le diabète, le nervosisme, l'hystérie, les troubles digestifs ou hépatiques. La grossesse est une des causes importantes : le prurit vulvaire y est rebelle, et lorsqu'il n'est pas dû à la leucorrhée, on l'attribue à l'intoxication gravidique, d'où la recommandation du régime lacté. Citons encore la ménopause.

Le traitement général comporte donc des indications variables suivant les cas, et visant le diabète, le nervosisme, l'intoxication gravidique, etc.

D'une manière générale, il faut proscrire de l'alimentation les boissons alcooliques, les mets excitants, les épices, les poissons, les crustacés, les fromages forts, etc. Les boissons alcalines (Vals, Vichy, Carlsbad), les purgatifs, les laxatifs cholagogues pourront être utiles, notamment lorsqu'il existe des troubles digestifs ou des troubles des fonctions du foie ; l'arsenic (liqueur de Fowler, etc.),

dans le cas d'herpétisme ou de lésions cutanées ; le bromure de potassium, le chloral, l'opium comme calmants.

Quant au **traitement symptomatique**, il comprend d'abord les bains émollients, les bains d'amidon, les bains alcalins, les bains de siège tièdes répétés. Bien des substances ont été préconisées en lotions ou en pommades pour calmer le prurit vulvaire : lotions de sublimé (liqueur de van Swieten), d'eau blanche, de décoction d'écorce de chêne à 50 p. 1 000, de décoction de feuilles de noyer, d'eau chloralée, etc., badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 20, avec une solution phéniquée un peu forte, avec une solution de cocaïne de 2 à 10 p. 100, avec de l'eau chloroformée ; pommades cocaïnées, mentholées, belladonées, morphinées, à l'acide salicylique, à l'oxyde de zinc, à l'acétate de plomb, au nitrate d'argent, etc.

On a aussi recours à l'*électrothérapie* (1) (effluve statique en applications de vingt-cinq à trente minutes de durée ; effluve de haute fréquence en applications de quinze à vingt minutes) ou à la radiothérapie.

Quelques chirurgiens, dans des cas rebelles, ont fait l'excision des tissus où siège le prurit, du clitoris, des lèvres, et en ont eu des succès ; on ne recourrait à de semblables interventions que très exceptionnellement, après échec des autres traitements, et dans des cas particulièrement graves.

VAGINISME.

Il consiste en une hyperesthésie douloureuse de la vulve et du vagin, s'accompagnant ordinairement de contracture des sphincters musculaires qui entourent le vagin. On a distingué un *vaginisme inférieur* et un *vaginisme supérieur*, suivant que le muscle contracturé est le constricteur de la vulve (tout à fait à l'extrémité inférieure du canal) ou le releveur de l'anus (à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire).

Le vaginisme rend le coït difficile ou impossible, tout au moins très douloureux, de même que l'introduction d'une canule à injection ou d'un doigt explorateur dans le vagin.

Traitement. — Il doit d'abord s'adresser aux deux ordres de causes qui déterminent le vaginisme. Ce sont, d'une part, des lésions, parfois très minimes, de la vulve, du vagin ou des régions voisines ; d'autre part, un état général de nervosisme : fréquemment il y a à la fois lésion locale et état général névropathique.

Il faut donc examiner avec soin la vulve et le vagin et y rechercher

(1) Voy. Nogier, Électrothérapie, in *Bibliothèque de thérapeutique* Gilbert et Carnot.

les moindres lésions : érosions, fissures, ulcérations de la muqueuse, herpès, vulvo-vaginite, inflammation de l'hymen ou des caroncules myrtiformes, polypes de l'urètre. On examinera aussi le voisinage. l'orifice anal, dont les lésions, fissures, etc., peuvent aussi, bien que plus rarement, jouer un rôle étiologique.

Un traitement local, variable suivant la lésion, sera appliqué pour combattre celle-ci : on fera, en un mot, le traitement de la vulvo-vaginite, des érosions, etc. On excisera, s'il y a lieu, un polype de l'urètre, ou on excisera avec les ciseaux courbes et avec l'anesthésie locale l'hymen ou les caroncules myrtiformes, s'ils paraissent pouvoir être incriminés. En cas de fissure à l'anus, on pratiquera la dilatation du sphincter anal. La cautérisation légère de la muqueuse vulvaire, qu'on badigeonne particulièrement au niveau des fissures, des érosions ou des points enflammés, avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 20, réussit souvent. L'abstention momentanée des rapports sexuels doit être recommandée.

Le traitement local comporte, en outre, l'application de pommades analgésiantes, à base de cocaïne, de stovaïne, pour diminuer la douleur, rendre plus aisés les rapports sexuels dans les cas rebelles et prolongés, rendre possible et moins douloureuse la pratique des injections vaginales ou des autres traitements locaux que peuvent nécessiter les lésions causales. Les ovules ou les suppositoires calmants, opiacés, belladonés, cocaïnés, peuvent aussi être recommandés.

Enfin on recourt à l'**électrothérapie** : séances quetidiennes de faradisation de quinze à trente minutes, ou courants de haute fréquence (1).

Mais, en dehors de ce traitement local, on combattra l'état général de nervosisme par l'administration de sédatifs nerveux et d'antispasmodiques, — valériane ou valérianates, bromures, — par l'hydrothérapie.

Si les moyens précédents restent insuffisants, alors recourez à la DILATATION FORCÉE DE L'ORIFICE VULVAIRE, qui force la contracture, — absolument comme dans la fissure anale, où l'élément prédominant est la contracture douloureuse du sphincter anal, on recourt, vous savez avec quel succès, à la dilatation de l'anus.

La **dilatation forcée de l'orifice vulvaire** nécessite l'anesthésie générale. Elle se pratique soit avec les doigts, — ce que je préfère, — soit avec un instrument.

DILATATION AVEC LES DOIGTS. — La femme endormie étant en position gynécologique, on introduit progressivement dans l'orifice vulvaire

(1) Voy. NOGIER, Électrothérapie, in *Bibliothèque de thérapeutique* GILBERT et CARNOT.

l'index et le médius de chaque main, et, avec ces doigts, on presse successivement en tous sens sur tout le pourtour de l'orifice, et on l'amène à la plus grande distension possible sans érailler la muqueuse.

On peut aussi introduire les deux pouces dans le vagin, leur face dorsale tournée vers la ligne médiane, et avec leur face palmaire regardant en dehors, écarter la paroi vaginale, en prenant point d'appui avec les quatre autres doigts de chaque main sur la saillie des tubérosités ischiatiques.

Dilatation instrumentale. — Elle se pratique en introduisant fermé dans le vagin un spéculum à deux valves, qu'on ouvre alors et qu'on retire ouvert.

Récemment Funck-Brentano a préconisé un nouveau mode de dilatation, au moyen des ballons de Champetier de Ribes. Après chloroformisation, il introduit dans le vagin, avec la pince *ad hoc*, un premier ballon d'un diamètre de 5 à 6 centimètres. Il le gonfle lentement pour éviter de déchirer le vagin, puis exerce sur lui des tractions. L'hymen s'étale sur la surface tendue du ballon : il l'excise. Il sectionne ensuite en cinq ou six points le cercle qui répond à son bord adhérent, à l'aide de petites incisions de 1 ou 2 millimètres d'étendue. Il extrait le ballon sans violence, vérifie par le toucher l'état de la paroi vaginale, puis introduit un second ballon d'un diamètre de 7 à 8 centimètres, qu'il gonfle avec lenteur et extrait ensuite en mettant tout le temps nécessaire pour éviter de déchirer le périnée.

La dilatation suffit généralement à remédier au vaginisme. Ce n'est que si elle échouait qu'il nous paraîtrait recommandable de recourir au **débridement sanglant de la vulve**, qu'ont employé certains chirurgiens. Voici le procédé de Pozzi. Après excision de l'hymen aux ciseaux et dilatation forcée de la vulve avec les doigts, faire à droite et à gauche sur l'orifice vulvaire, à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs, une incision de 3 à 4 centimètres, dépassant un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et formant avec elle une croix. On met à nu les fibres du *constrictor cunni*, et on divise leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres ; on dissèque les lèvres de la plaie, de façon à produire leur écartement, et on donne à l'incision primitive la forme d'un losange à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire (fig. 203). On la suture de telle sorte que la ligne de suture soit perpendiculaire à la direction de l'incision primitive et se trouve reportée en dehors du point qu'occupait l'insertion de l'hymen (fig. 203). « On obtient, de la sorte, dit Pozzi, un agrandissement de la vulve et on produit un léger renver-

sement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice, de manière

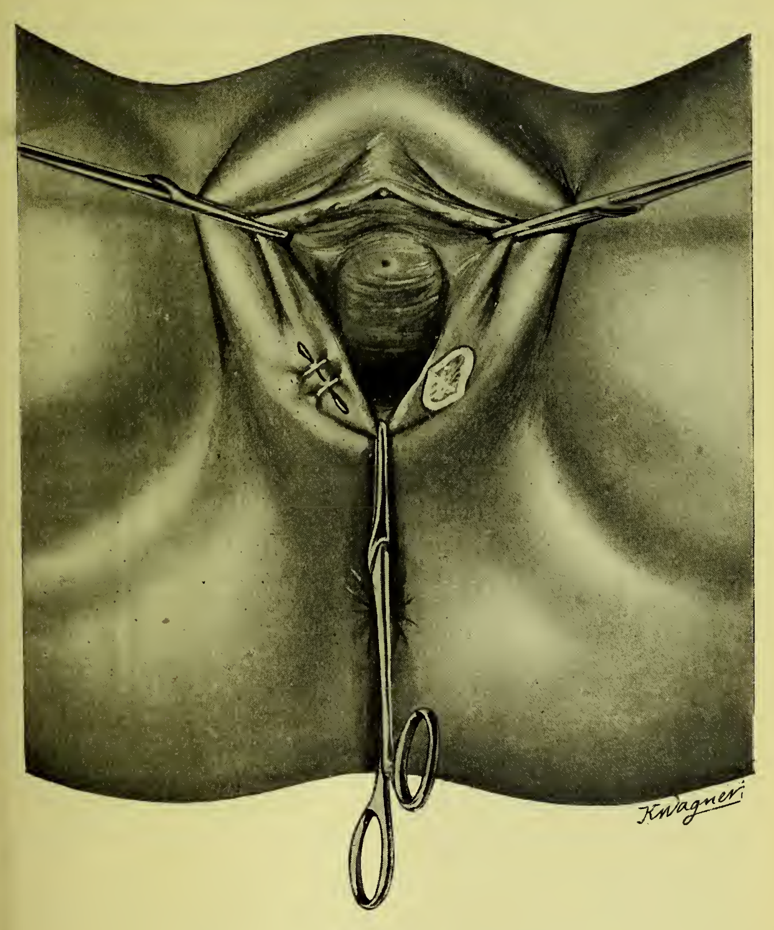


Fig. 203. — Opération de Pozzi contre le vaginisme.

Sur cette figure, on voit, du côté gauche de la vulve, une incision perpendiculaire au bord de l'orifice vulvaire, qui a été étirée de manière à la transformer en plaie à grand axe parallèle au bord de cet orifice. Du côté droit de la vulve, cette plaie a été suturée parallèlement au bord de l'orifice vulvaire.

à soustraire aux frottements du coït la zone d'où partaient auparavant les actions réflexes. »

NÉVRALGIES UTÉRO-OVARIENNES.

Sous les noms de NÉVRALGIES UTÉRO-OVARIENNES OU PELVIENNES, ou encore sous ceux d'HYSTÉRALGIE ou d'OVARALGIE, suivant que la douleur névralgique siège dans l'utérus ou dans l'ovaire, on désigne des états douloureux permanents, rebelles, de ces organes, sans que ceux-ci présentent de lésion appréciable (Richelot), ou bien même alors qu'ils présentent une lésion, mais très minime et tout à fait hors de proportion avec l'intensité des phénomènes douloureux. M. Dalché va même plus loin et y fait rentrer aussi les cas où il y a une lésion notable des organes génitaux, mais où la douleur n'est nullement en rapport avec celle-ci et est très exagérée par un tempérament névropathique.

C'est en effet la névropathie, ou l'arthritisme, la goutte, qu'on trouve ordinairement à la base de ces états douloureux, qu'il n'y ait pas de lésion génitale ou qu'il y ait une lésion, telle qu'ovaire scléro-kystique, adhérences, etc.

Ces états névralgiques se caractérisent par leur continuité, leur permanence, — bien qu'il y ait des exacerbations et qu'il puisse y avoir des périodes de rémission, — par leur longue durée et souvent leur résistance aux traitements employés. Au toucher, la pression sur le col, sur l'utérus, sur les culs-de-sac vaginaux, ou sur l'ovaire, suivant les cas, réveille une sensibilité anormale, bien que fréquemment on n'y constate aucune lésion ; d'autres fois, on y trouve bien quelque lésion (ovaire scléro-kystique notamment), mais relativement peu importante et ne suffisant pas à elle seule à expliquer l'intensité de la douleur.

Traitement. — On emploie localement des *ovules* ou *suppositoires imprégnés de calmants* divers, opium, belladone ou antipyrine. On recourt au besoin, lors des paroxysmes, à des *lavements laudanisés*. Mais il faut éviter les injections de morphine, vu la longue durée de l'affection et les risques d'accoutumance.

On applique des *pointes de feu* sur la peau du bas-ventre.

On administre à l'intérieur des *médicaments calmants* (antipyrine, pyramidon, aspirine, etc.), de la *valériane*, des *bromures*, etc.

On peut essayer l'*électrothérapie* (Voy. Nogier, *Électrothérapie*) : galvanisation avec large électrode lombaire négative et large électrode positive appliquée au niveau de l'ovaire douloureux en cas d'ovaralgie (avec intensité atteignant jusqu'à 40 et 50 milliampères), ou vaste électrode abdominale positive de 150 centimètres carrés (avec intensité de 100 à 120 milliampères et applications de cinquante à soixante minutes). On emploie aussi la faradisation et la galvanisation intra-utérines.

Enfin on recourt à l'*hydrothérapie* locale et générale et aux *cures thermales* : Néris, Plombières, Ragatz sont réputés en pareil cas.

Les *interventions chirurgicales* elles-mêmes, ablation d'un ou des ovaires par exemple, ne guérissent souvent pas ces névralgies : on a vu bien des fois les douleurs, même disparues après l'opération, reparaître au bout de quelque temps. Il n'y a donc guère lieu d'y recourir, à moins de lésion dûment constatée de l'organe, et seulement après échec des traitements médicaux.

COCCYGODYNIE.

C'est une douleur persistante, comparable à une névralgie ou une névrite, siégeant au niveau du coccyx, s'exagérant dans la position assise, dans la défécation. Elle résulte parfois d'un traumatisme, fracture ou luxation du coccyx, en particulier par suite d'un accouchement, que celui-ci ait été spontané ou surtout qu'il ait eu lieu avec le forceps. Mais souvent il n'y a rien eu de semblable, et la coccygodynie est alors fréquemment liée à des affections utéro-ovariennes, métrite, rétroflexion, etc.

Il faut donc toujours *rechercher la cause*, pour la traiter si possible. Bien entendu, l'emploi des *médications antinévralgiques* internes et externes est de mise. On peut faire des injections sous-cutanées de cocaïne. L'*électrothérapie* a donné des succès. Enfin, dans des cas rebelles, on a obtenu la guérison en pratiquant l'*extirpation du coccyx*.

NYMPHOMANIE:

C'est « une exaltation morbide de l'appétit vénérien et un irrésistible besoin de le satisfaire, » définition que j'emprunte à Stéph. Bonnet et Paul Petit. Elle peut entraîner la masturbation, comme d'ailleurs en être la conséquence. Elle reconnaît des causes cérébrales ou des causes génitales, souvent associées : d'une part, hystérie, vésanies, début de paralysie générale, ou excitation cérébrale provoquée par les lectures, conversations ou spectacles érotiques ou le désœuvrement; d'autre part, excès génitaux, masturbation, prurit vulvaire, quelquefois affections des organes génitaux. L'hypertrophie du clitoris et des petites lèvres paraît en être un effet plutôt qu'une cause.

Traitement. — S'il existe une cause locale (affection prurigineuse, oxyures, etc.), le traitement cherchera à la faire disparaître. En dehors de cela, il est avant tout d'ordre hygiénique : il faut bannir les excitants physiques et moraux, éliminer de l'alimentation les

mets excitants, interdire les lectures et les spectacles propres à éveiller des idées érotiques, conseiller l'exercice en plein air, distraire l'esprit par une occupation régulière et saine, par les voyages par exemple. si c'est possible. On conseillera, en outre, l'usage de bromure de camphre ou de bromure de potassium, les bains de siège froids, l'hydrothérapie. La suggestion trouve aussi son emploi. On peut enfin recourir aux ovules ou aux suppositoires renfermant des substances calmantes. En dernière analyse, on peut, du moins, en cas d'hypertrophie du clitoris et des petites lèvres paraissant entretenir la nymphomanie, faire l'excision des petites lèvres (NYMPHOTOMIE) et du clitoris (CLITORIDECTOMIE).

PSYCHOPATHIES D'ORIGINE GÉNITALE.

Sans méconnaître le rôle capital de la prédisposition et de l'hérédité dans les psychoses, il n'en est pas moins vrai que fréquemment les psychopathies chez la femme paraissent dans une certaine mesure en relation plus ou moins étroite avec des lésions ou des troubles fonctionnels de l'appareil génital. Les affections gynécologiques sont fréquentes chez les aliénées. D'autre part, les troubles mentaux sont particulièrement fréquents à l'époque de la puberté, à celle de la ménopause. Ils sont parfois manifestement liés à une infection d'origine génitale, comme beaucoup de cas de folie puerpérale dans les suites de couches. Enfin on a observé un bon nombre de faits où des troubles mentaux ont guéri ou se sont améliorés à la suite d'opérations (1) ou de traitements dirigés contre une affection génitale, en même temps qu'on guérissait celle-ci. Aussi la *Société obstétricale de France*, après les communications de Bossi, de Picqué et la discussion qui suivit, a-t-elle, en octobre 1911, émis le vœu suivant :

La Société obstétricale de France émet le vœu que toute fille ou femme présentant des troubles mentaux soit examinée au point de vue du fonctionnement et de l'état organique de son appareil génital.

CINQUIÈME CLASSE.

STÉRILITÉ.

La STÉRILITÉ tient, suivant les cas, à des causes extrêmement variées : d'où un traitement très variable, suivant la cause à combattre. De ces causes, les unes constituent un obstacle mécanique

(1) Il y a cependant aussi des troubles mentaux qui apparaissent à la suite et à l'occasion d'une opération (Voy. *Psychoses post-opératoires*, p. 463).

qui empêche ou entrave la migration de l'ovule ou des spermatozoïdes et qui s'oppose ainsi plus ou moins à leur rencontre : ce sont des causes locales. D'autres empêchent les ovules de se développer complètement ou les atteignent dans leur vitalité et les rendent ainsi impropres à la fécondation : ce sont soit des causes locales, soit des causes générales.

En définitive, lorsqu'une femme vient consulter, se plaignant de stérilité, il y a lieu de procéder à la fois à un examen local de son appareil génital et à un examen général.

On commencera par l'interroger sur l'état de sa menstruation, sur sa régularité. L'existence de règles normales et régulières fera déjà présumer que le fonctionnement ovarien est normal ou du moins n'est pas profondément troublé. Par contre, l'absence plus ou moins prolongée de règles, les retards importants et habituels, feront penser à un vice de fonctionnement ovarien.

Et, si l'on apprend que la femme a toujours été mal réglée, avec des retards considérables et des périodes rares, on pourra penser à un développement incomplet des ovaires, à leur atrophie congénitale, — voire même peut-être à leur absence, s'il n'y a jamais eu de règles, — et l'on cherchera ensuite, par l'examen direct, à voir si la petitesse infantile de l'utérus apporte un nouvel argument en faveur de cette aplasie des organes génitaux.

On demandera également à la femme si elle a des pertes, en particulier de la leucorrhée, qui peut, dans certains cas, par elle-même, être une cause de stérilité, non seulement parce que le flux peut entraîner l'évacuation au dehors des spermatozoïdes déposés dans le vagin, mais surtout parce que les liquides vaginaux, s'ils sont de réaction acide, atteignent la vitalité des spermatozoïdes et peuvent les tuer.

L'interrogatoire, en apprenant qu'il y a eu déjà antérieurement des grossesses, des fausses couches, permettra, dans certains cas, de savoir que la stérilité est acquise et ne relève pas d'une cause congénitale.

On cherchera aussi discrètement à savoir si la femme ne commet pas, à son insu, une faute capable de restreindre beaucoup les chances de fécondation, en ayant l'habitude de pratiquer trop peu de temps après les rapports une injection vaginale, surtout avec un liquide comme le sublimé, qui tue les spermatozoïdes.

Après avoir interrogé la femme, il faut pratiquer un examen soigneux et méthodique de son appareil génital. On examine d'abord la vulve et le vagin, directement par la vue et par le toucher : ce qui peut faire reconnaître une imperforation de

quelques jours qui précèdent ou qui suivent les règles (1). Le vagin est d'abord aseptisé et alcalinisé par des injections préalables. Les conjoints ont un rapport sexuel, et, immédiatement après, le médecin, qui se tient dans une pièce voisine, vient recueillir le sperme dans le vagin, par exemple avec une valve de Sims chauffée à la température du corps pour maintenir la vitalité des spermatozoïdes. Il charge de sperme un instrument spécial (seringue de Braun (fig. 204), — qu'on peut remplacer par un hystéromètre légèrement entouré d'ouate stérile), instrument qu'il a préalablement stérilisé et chauffé à la température du corps, et il l'introduit alors dans la cavité utérine et dépose dans celle-ci quelques gouttes de liquide séminal. Il met un tampon d'ouate ou de gaze stérile sur le col, et la femme reste quelques heures au repos ou au lit.

On peut renouveler plusieurs fois les tentatives de fécondation artificielle.

SIXIÈME CLASSE.

INSUFFISANCE OVARIENNE.

Les opérations qui comportent la suppression des ovaires (castration ovarienne bilatérale, hystérectomie vaginale ou abdominale avec ablation des ovaires) sont très fréquemment suivies (en outre de la suppression des règles) de troubles, plus ou moins accentués, qu'on attribue généralement à la suppression d'une sécrétion interne des ovaires : il s'agirait, en un mot, d'INSUFFISANCE OVARIENNE.

L'un des plus fréquents de ces troubles consiste en des sensations de *bouffées de chaleur* montant vers la tête, avec congestion et rougeur du visage, parfois même congestion de tout le corps et sueur abondante. Ces bouffées de chaleur, qui durent de quelques secondes à quelques minutes, reviennent par accès de fréquence et d'intensité variables, tantôt à des époques irrégulières et en tout temps, tantôt et assez souvent par crises périodiques mensuelles correspondant aux règles supprimées.

On observe chez quelques femmes des hémorragies supplémentaires des règles (épistaxis, hémoptysies, hématémèses, flux hémorroïdaire, etc.), ou des troubles congestifs du côté de divers organes, poussées de bronchite, de congestion des seins, etc.

(1) On peut se demander si ce conseil destiné à augmenter les chances de fécondation et basé sur cette idée classique que la ponte ovulaire correspond avec l'époque menstruelle, conserve sa valeur aujourd'hui que les travaux de Villemin ont montré que, en réalité la ponte a lieu, au contraire, de douze à quatorze jours avant les règles.

Très fréquemment les femmes qui ont subi l'ablation de leurs ovaires se plaignent d'*asthénie neuro-musculaire* : un rien les fatigue. La céphalalgie, l'insomnie ne sont pas rares. Un des traits les plus habituels de leur état, d'après mes observations, consiste dans l'*altération du caractère*, qui est plus ou moins accentuée, mais qui s'effectue presque toujours dans le même sens : le caractère est plus sombre, morose et même *triste*; la femme est ennuyée, agacée, dégoûtée; avec cela, moins patiente, nerveuse et *irritable*, elle est vive, acariâtre, emportée même. Certaines pleurent ou rient sans motif.

On a également signalé parfois une diminution de la mémoire (Jayle), l'hystérie, et même des psychoses.

Enfin on observe quelquefois une *tendance à l'adipose*, un accroissement de l'embonpoint.

Des troubles semblables (bouffées de chaleur, embonpoint, troubles nerveux, phénomènes congestifs ou hémorragies supplémentaires) s'observent communément aussi en dehors de toute opération chez la femme à l'époque de la ménopause naturelle, et parfois chez des femmes atteintes de lésions des ovaires entraînant un trouble de fonctionnement, une insuffisance ovarienne.

La connaissance des troubles que peut entraîner la privation des ovaires a amené les chirurgiens à se montrer, au cours de leurs interventions opératoires, plus réservés relativement à l'ablation de ces organes et à ne pratiquer celle-ci que lorsqu'elle est nécessaire. Lorsque, dans une opération quelconque, dans une hystérectomie abdominale pour fibromes utérins par exemple, on constate que les ovaires sont sains, il est indiqué de les laisser : on peut parfaitement enlever l'utérus sans enlever les ovaires.

Il ne faut cependant pas tomber dans un excès de conservation : si les ovaires sont malades, atteints de lésions qui justifient leur ablation, il ne faut pas hésiter à les enlever, et la crainte des troubles qui peuvent apparaître après leur extirpation ne doit pas décider le chirurgien à des opérations incomplètes, qui risqueraient d'être suivies de la persistance de troubles morbides parfois plus graves que ceux qu'on cherche à éviter.

Traitement. — Le traitement des troubles relevant de l'insuffisance ovarienne consiste naturellement dans l'**opothérapie ovarienne**, qu'on leur applique depuis les travaux de Jayle, et qui, si elle ne les fait pas toujours disparaître, les améliore souvent.

On donne la poudre d'ovaire ou *ovarine*, obtenue par la dessiccation d'ovaires de brebis ou de vaches, à la dose moyenne de 20 à 50 centigrammes par jour, en cachets, ou sous forme de préparations diverses, qu'on trouve dans le commerce (pilules, tablettes, etc.). On

n'emploie guère le liquide ovarique en injections hypodermiques, des résultats aussi bons étant obtenus par le médicament ingéré par la bouche.

Depuis les travaux qui ont montré que le véritable organe de la sécrétion interne de l'ovaire est le corps jaune, on emploie volontiers, au lieu des extraits d'ovaires totaux, dont l'activité doit être très variable suivant le plus ou moins grand nombre de corps jaunes qu'ils contenaient, des extraits de corps jaunes : la préparation connue sous le nom d'*ocréine* se donne à la dose de 12 centigrammes par jour.

Divers moyens adjuvants peuvent être utilisés : les purgatifs, les bains de pied sinapisés, voire même la saignée (Segond), pour combattre les troubles congestifs ; les bromures, la valériane, l'hydrothérapie, etc., contre les troubles nerveux.

CHAPITRE IV

MALFORMATIONS ET DIFFORMITÉS GÉNITALES

Malformations congénitales :
1º De la vulve ;
2º Du vagin ;
3º De l'utérus : sténose du col.
Malformations acquises :
Rétrécissement cicatriciel du vagin.
Atrésie et sténose acquises du col.
Allongement hypertrophique du col.
Accidents de rétention consécutifs aux atrésies génitales : Hématocolpos, hématométrie.

PREMIÈRE CLASSE.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE LA VULVE.

Ces diverses malformations, pseudo-hermaphrodisme, etc., ne comportant généralement aucun traitement, ne nous arrêteront pas. Signalons seulement les cas exceptionnels d'**imperforation de l'hymen** ou de **rigidité excessive** de cette membrane, qu'on traite par son incision.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES DU VAGIN.

Le **cloisonnement vertical du vagin**, le **rétrécissement congénital par bride transversale** affectant la forme soit d'un croissant, soit d'un diaphragme, se traitent, s'ils apportent un obstacle au coït ou à l'accouchement, par la section aux ciseaux de la cloison verticale dans le premier cas, de la bride transversale dans le second.

L'**absence du vagin**, totale ou seulement partielle (**imperforation du vagin**), entraîne à la puberté, si les organes génitaux

internes sont bien développés, des accidents de rétention des règles (HÉMATOCOLPOS OU HÉMATOMÉTRIE ; voy. plus loin, p. 506). Il faut alors FRAYER UNE ISSUE AU SANG RETENU. S'il s'agit seulement d'un vagin imperforé, on incise transversalement le fond du vagin, en se guidant sur un doigt introduit dans le rectum et sur un cathéter introduit dans la vessie; puis avec les doigts on décolle et on creuse une cavité en refoulant en tous sens les organes adjacents, jusqu'à ce qu'on arrive sur la poche distendue, qu'on ponctionne et qu'on vide *lentement*. Si le vagin est totalement absent, il faut créer un **vagin artificiel** (Voy. plus loin).

Lorsque, avec l'absence ou l'imperforation du vagin, il y a absence d'utérus, — ce que montre le toucher rectal combiné au cathétérisme intravésical, qui ne permet de trouver aucun organe interposé entre la vessie et le rectum, — il peut y avoir, si les ovaires sont bien développés et fonctionnent bien, des douleurs dysménorrhéiques et des phénomènes congestifs, qu'on a plusieurs fois traités avec succès par la **castration**.

Enfin il y a des cas où l'absence ou l'imperforation du vagin ne détermine aucun trouble pathologique, ni hématométrie ni douleurs; il est alors probable que les organes génitaux internes (utérus et ovaires) manquent complètement ou qu'ils sont incomplètement développés et atrophiés. Le toucher rectal permet de vérifier s'il existe ou non un utérus. Lorsque celui-ci manque, la **création d'un vagin artificiel** n'a d'autre objet que de rendre possible le coït : l'opportunité de l'opération a été contestée, celle-ci n'étant pas simple et pouvant blesser la vessie ou le rectum.

Création d'un vagin artificiel. — Technique. — L'ancien procédé qui consistait à inciser simplement, puis à décoller et à creuser avec les doigts, en refoulant excentriquement la vessie et le rectum, jusqu'à ce qu'on arrive sur l'utérus, était presque toujours suivi de rétrécissement cicatriciel, qu'il fallait combattre par des dilatations ultérieures. Aussi lui a-t-on substitué des **procédés autoplastiques** dans lesquels on cherche à tapisser d'un revêtement de muqueuse ou de peau la cavité artificiellement creusée. Au centre de la vulve fermée, on fait une incision transversale, aux extrémités de laquelle on fait tomber deux incisions verticales (incision en H) ; avec les doigts on décolle et on creuse une cavité entre la vessie et le rectum, qu'on refoule excentriquement, et qu'il faut éviter de blesser (un doigt dans le rectum, un cathéter dans la vessie permettent de poursuivre ce travail sans trop de risques) ; on va ainsi jusqu'à ce qu'on arrive sur la poche d'hématométrie, qu'on ponctionne et qu'on vide *lentement*, ou, s'il n'y a pas rétention, sur le col utérin, dont on

recherche l'orifice avec une sonde cannelée; on débride celui-ci s'il y a lieu. Il faut alors tapisser la cavité artificiellement créée, avec deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, qu'on décolle, grâce à l'incision en H, de la vulve, et qu'on fixe à la paroi du vagin artificiel par des points de catgut : c'est ainsi que Picqué s'est servi de la muqueuse vestibulaire décollée pour tapisser la paroi supérieure du vagin artificiel, et de la peau de la région intervulvo-anale disséquée et déplacée par glissement pour tapisser la paroi inférieure. Küstner s'est servi des petites lèvres dédoublées par dissection et réunies pour en faire une sorte de sac qu'il a introduit dans le canal artificiel. Mackenrodt a tapissé de muqueuse la paroi d'un vagin artificiel, en y greffant des lambeaux de muqueuse vaginale provenant de femmes qu'il venait d'opérer d'un prolapsus.

Après l'opération, on bourrera le vagin de gaze au peroxyde de zinc, et l'on renouvellera ce tamponnement jusqu'à cicatrisation.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE L'UTÉRUS.

Atrésie du col. — L'atrésie du col, c'est-à-dire son imperforation, qui donne lieu, à partir de la puberté, si les organes génitaux fonctionnent normalement, à la rétention des règles (HÉMATOMÉTRIE ; voy. p. 507), doit être traitée par l'**incision du col suivi de dilatation** avec les bougies de Hegar.

Sténose du col. — On appelle ainsi le rétrécissement du canal cervical. Habituellement la sténose congénitale du col coïncide avec d'autres malformations congénitales utérines : col conique, allongé (*col tapiroïde*), à orifice externe étroit, avec antéflexion utérine exagérée, et souvent arrêt de développement du corps de l'utérus, qui a le caractère infantile. Cette sténose congénitale du col entraîne de la métrite catarrhale et est une cause très fréquente de *dysménorrhée* (douleur immédiatement avant ou pendant les règles) et de *stérilité*.

Traitement. — Il consiste dans la **dilatation** ou dans la **stomatoplastie par évidement commissural du col** de Pozzi.

La **dilatation** est pratiquée au moyen de laminaires, d'abord fines, puis progressivement plus grosses. Si la sténose est telle qu'on ne puisse introduire les plus fines laminaires, on fait au besoin une section du col pour rendre possible cette introduction. Lorsqu'on a obtenu une dilatation suffisante pour faire pénétrer des bougies de Hégar, on peut l'accélérer extemporanément en faisant passer une série de ces bougies, puis on tamponne momentanément l'utérus. Mais M. Doléris préfère, avec raison, croyons-nous, la dilatation lente et progressive, en séries espacées et répétées, avec les laminaires.

Cette dilatation, d'après Doléris, entre autres avantages, réalise une sorte de massage interne de l'utérus et impose au corps de l'organe,

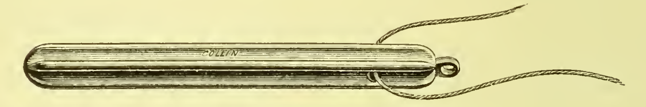


Fig. 205. — Tige intra-utérine de Lefour.

souvent atrophié et infantile, une gymnastique susceptible d'en augmenter le développement, car l'action dilatante du corps étranger

Fig. 206. — Stomatoplastie par évidement commissural du col.

appelle la réaction du muscle et sa contraction : d'où travail, nutrition et accroissement de volume de ce muscle.

Lefour, Paul Petit, ont imaginé des tiges (fig. 205) ou des drains métalliques qu'on peut mettre à demeure dans le col pendant un certain temps pour maintenir le résultat obtenu, à condition qu'il n'y ait pas d'infection de l'utérus ni d'inflammation périutérine.

La **stomatoplastie par évidement commissural du col,**

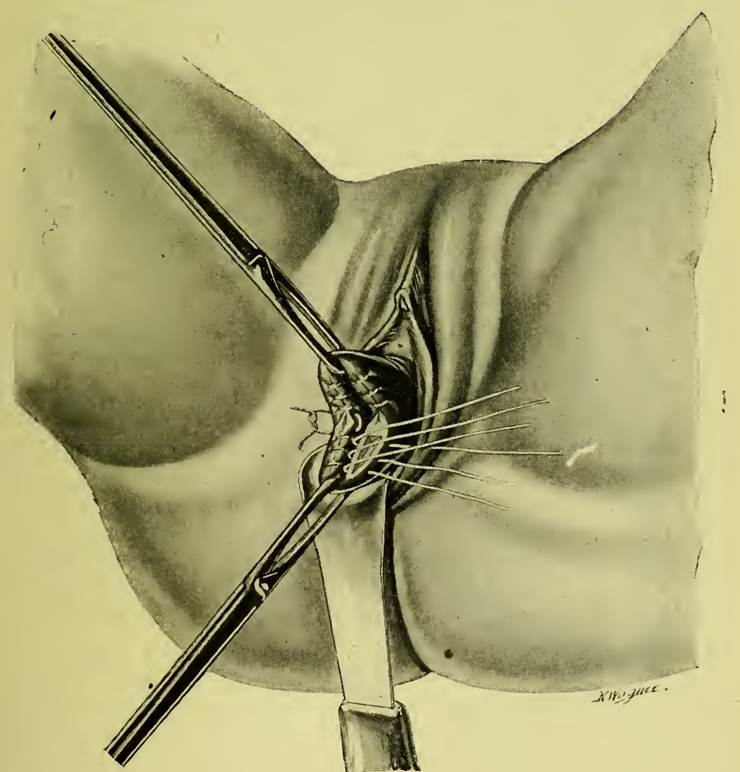


Fig. 207. — Stomatoplastie par évidement commissural du col : les sutures.

décrite et très vantée par M. Pozzi, se pratique de la manière suivante (Voy. fig. 206 et 207) :

Découvrez le col au moyen de valves vaginales ; saisissez-le avec une pince de Museux. Faites de chaque côté du col un débridement d'environ 2 centimètres, suivant sa longueur.

Le col ainsi séparé en deux valves, saisissez chacune d'elles avec une pince ; reconnaissez la direction exacte de la cavité utérine généralement antéfléchie, en introduisant l'hystéromètre ; faites

passer une série de bougies de Hégar, et pratiquez le curettage contre la métrite.

Procédez alors à la stomatoplastie. Chacune des lèvres du col écartées par les pinces présente en son milieu la muqueuse du canal cervical, et de chaque côté une surface cruentée triangulaire résultant de la section. Évidez alors successivement au bistouri (fig. 206) chacune de ces quatre petites plaies, en y enlevant un petit prisme de tissu. Réunissez enfin, au niveau de chacune d'elles, la muqueuse de l'intérieur du col à celle de sa surface externe (fig. 207) : pour cette suture, Pozzi se sert de fils d'argent, qu'il préfère au catgut, et d'aiguilles de Hagedorn, très petites et courbes.

Faites passer d'abord un premier fil un peu plus gros, avec une aiguille un peu plus grande, au niveau de l'angle de section qui formera la nouvelle commissure du col; puis suturez chacune des quatre petites plaies avec des fils plus fins (ordinairement deux pour chacune).

Sur chacun des fils, à environ 3 centimètres de la suture, M. Pozzi écrase un tube de Galli avec un grain de plomb perforé et coupe tout ce qui le dépasse. Ce plombage a pour but d'émousser la pointe des fils d'argent et de les rendre plus facilement préhensibles au moment de leur ablation, que Pozzi réalise au bout de douze à treize jours.

Si l'on n'emploie pas les fils d'argent, je crois qu'il convient du moins d'utiliser des fils non résorbables (crins de Florence ou soie), le catgut se résorbant parfois trop vite, d'où des désunions plus ou moins étendues des plaies.

Cette opération est contre-indiquée lorsqu'il y a un utérus franchement infantile ou une infection des annexes.

La stomatoplastie par évidement commissural du col améliore considérablement ou guérit totalement la dysménorrhée, et Pozzi, sur 54 opérées de la ville, en avait 14 qui, à sa connaissance, étaient devenues enceintes au bout d'un temps de deux mois à trois ans après l'opération, alors que parfois s'étaient écoulées des années (jusqu'à seize ans) de mariage stérile.

DEUXIÈME CLASSE.

MALFORMATIONS ACQUISES.

RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS OU ACQUIS DU VAGIN.

Des rétrécissements CICATRICIELS du vagin, tantôt affectant la forme de simples brides, tantôt plus ou moins étendus, sont parfois la conséquence des plaies, ulcérations ou brûlures du vagin, en particulier des lésions produites par l'accouchement ou les interventions obstétricales, et de celles produites par l'action de substances caustiques injectées dans le vagin par certaines femmes dans un but d'avortement criminel.

Des rétrécissements vaginaux peuvent aussi être la conséquence d'une vaginite et périvaginite chronique ayant déterminé une sclérose diffuse du conduit, ou encore être l'aboutissant de sa rétraction sénile.

Souvent, la femme n'éprouvant pas de gène de son rétrécissement vaginal, il n'y a pas à y toucher.

Si le rétrécissement va jusqu'à l'oblitération complète, entraînant la rétention du sang des règles, il faut frayer un passage à celui-ci et le vider lentement.

Si le rétrécissement provoque de la gêne, pour le coït par exemple, ou s'il provoque une rétention, au-dessus de lui, des sécrétions qui deviennent muco-purulentes et fétides, on le traite, suivant les cas, c'est-à-dire suivant sa disposition et son étendue tantôt par la **dilatation**, tantôt, s'il s'agit de simples brides cicatricielles, par la **section** ou l'**excision** de ces brides, suivie de dilatation pour prévenir une récidive. Parfois même on peut être amené à recourir à des **procédés autoplastiques**.

Lorsqu'un rétrécissement du vagin existe chez une femme enceinte et est susceptible de gèner l'accouchement, on se comporte différemment suivant la disposition du rétrécissement. S'il ne s'agit que d'une simple bride, on la **sectionne** au terme de la grossesse.

Mais que faire s'il s'agit de vastes cicatrices, de rétrécissement serré et étendu? Autrefois on cherchait, au cours du travail, par des sections successives, par un lent et progressif débridement des tissus, guidé sur le doigt, avec le bistouri ou les ciseaux, à ouvrir petit à petit jusqu'à la partie fœtale un passage libre pouvant permettre la sortie de l'enfant (Guéniot père). A l'heure actuelle, on a complètement renoncé à ces opérations laborieuses et qui ne

sont pas toujours sans danger, et on pratique l'**opération césarienne**, qu'il faut généralement faire suivre de l'**opération de Porro** ou de l'**hystérectomie**, le vagin rétréci n'offrant pas alors une voie d'écoulement suffisante aux lochies.

STÉNOSE ET ATRÉSIE ACQUISES DU COL UTÉRIN.

Il y a des STÉNOSES (ou rétrécissements) et même des ATRÉSIES (ou oblitérations) du col d'origine CICATRICIELLE, conséquence de plaies, de cautérisations ou d'opérations chirurgicales (opération de Schröder, etc.) ayant porté sur le col. La dysménorrhée, la stérilité, l'accumulation dans l'utérus du sang des règles (*hématométrie*) ou de sécrétions purulentes (*pyométrie*) peuvent en être la conséquence.

Traitement. — Comme dans les sténoses ou les atrésies congénitales, il consiste soit dans la **dilatation**, soit dans le **débridement** du col suivi de dilatation, soit dans la **stomatoplastie** (Voy. p. 501).

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL.

Nous verrons plus loin que l'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL coexiste souvent avec les prolapsus génitaux. Il peut exister sans prolapsus utérin, et on le traite, alors parfois, dans quelques cas extrêmes, par **l'amputation supravaginale du col.**

Le col saisi par une pince, un aide tenant des valves qui écartent les parois vaginales, on incise la muqueuse vaginale circulairement au ras de son insertion cervicale. Avec les ciseaux, rasant la face antérieure du col, on complète la désinsertion du vagin en avant; on décolle alors la vessie du col utérin jusqu'au niveau de l'isthme. On dénude de même la face postérieure du col, en rasant celui-ci et en évitant d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas; si on l'ouvre malgré soi, on ferme aussitôt l'orifice au catgut; on poursuit cette dénudation postérieure du col également jusqu'à l'isthme.

Il va falloir lier et couper successivement de chaque côté du col la base du ligament large. Pour cela, on tire le col du côté opposé au ligament large que l'on veut couper; on dégage de son mieux en avant et en arrière la lame transversale que forme la base du ligament large, et on la traverse, à la hauteur de l'isthme, à 3 ou 4 millimètres du bord de l'utérus, avec un fil qui sert à lier en masse la base du ligament large; après quoi on coupe celle-ci entre la ligature et le bord cervical.

Lorsque le col est ainsi dégagé des deux côtés, aussi bien qu'en

avant et en arrière, jusqu'à l'isthme, on le sectionne longitudinalement sur ses bords latéraux, de façon à le diviser en une valve antérieure et une valve postérieure. On ampute alors successivement chaque valve (fig. 208), en ayant soin de réaliser une amputation

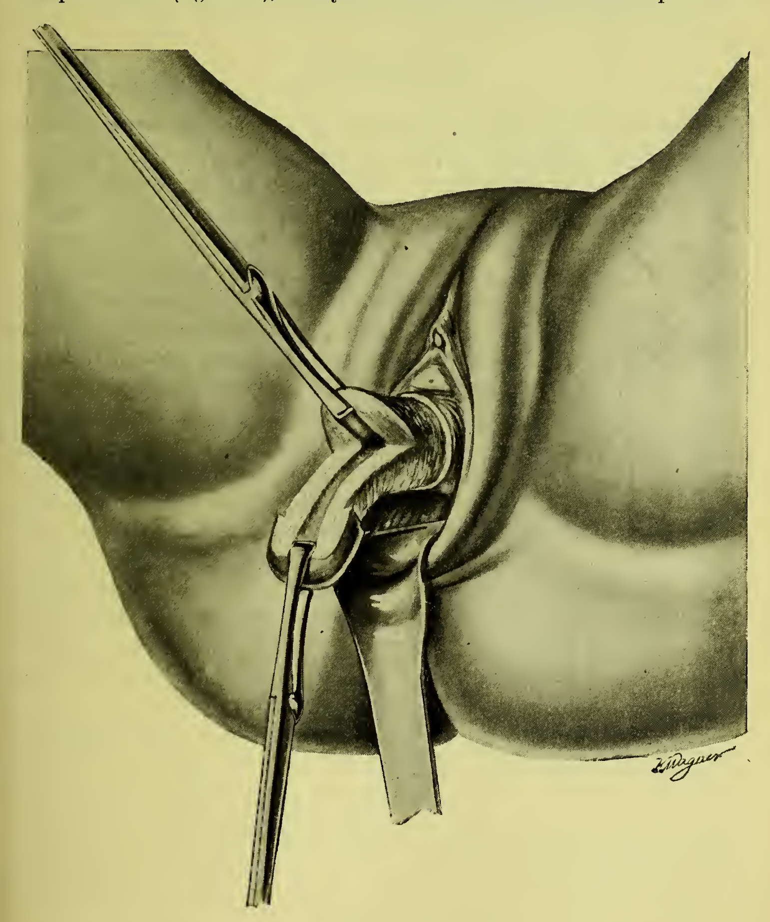


Fig. 208. — Amputation supravaginale du col ; la lèvre antérieure du col a déjà été enlevée.

conoïde, plus profonde vers la cavité cervicale que du côté de la surface externe.

On suture enfin la tranche de section vaginale à celle de section utérine (fig. 209).

TROISIÈME CLASSE.

ACCIDENTS DE RÉTENTION CONSÉCUTIFS AUX ATRÉSIES GÉNITALES.

HÉMATOCOLPOS.

On donne ce nom à une tumeur formée par la distension du vagin par le sang des règles, retenu en raison d'une imperforation de l'hymen ou de la partie inférieure du vagin. Le col utérin participe seul à la distension vaginale, et le corps utérin forme au-dessus de la poche sanguine une petite tumeur dure qui la surmonte, disposition dont l'ensemble rappelle la forme d'une brioche. L'hématocolpos n'apparaît, bien entendu, qu'à la puberté, à l'établissement de la menstruation ; il se caractérise par l'absence d'écoulement menstruel et par l'apparition de douleurs se produisant d'abord par poussées qui coïncident avec les époques menstruelles, et d'une tumeur généralement fluctuante qui augmente progressivement.

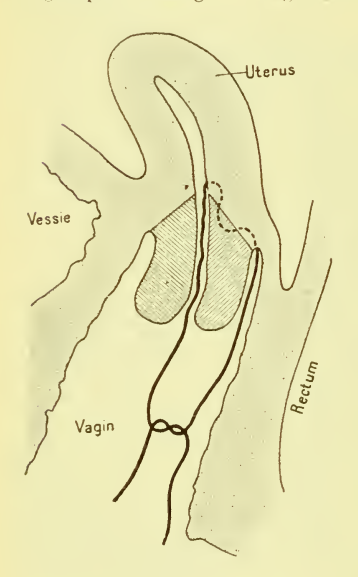


Fig. 209. — Disposition des sutures après une amputation supravaginale cunéiforme du col.

Traitement. — Ce doit être l'**incision** de la membrane qui limite la tumeur du côte de la vulve. Il faut faire cette incision d'abord très petite — une simple ponction au bistouri — pour que le liquide s'écoule très lentement, en une demi-heure ou une heure ; après quoi on agrandit l'incision, que l'on fait même cruciale ; puis on fait un lavage antiseptique sous faible pression dans la poche, que l'on remplit enfin de gaze stérilisée ou au peroxyde de zinc.

Le traitement est plus compliqué lorsqu'il y a atrésie du vagin sur une assez grande hauteur et que l'hématocolpos n'est développé par conséquent que dans la partie supérieure de ce conduit. On peut être obligé de créer un véritable vagin artificiel (Voy. p. 498).

Hématocolpos latéral.

Lorsqu'il y a double vagin et que l'un des vagins est imperforé à sa partie inférieure, on peut observer un HÉMATOCOLPOS LATÉRAL, d'un diagnostic particulièrement difficile, puisqu'à côté de la tumeur il existe un vagin perforé et par où s'écoule du sang au moment des règles.

L'hématocolpos dit latéral peut décrire autour du vagin perméable un trajet demi-spiroïde, sa partie inférieure se plaçant en avant de ce vagin et sa partie supérieure en arrière de lui ou inversement.

Traitement. — Il consiste dans l'**incision**, suivant les mêmes préceptes que précédemment, de la cloison qui sépare l'hématocolpos du vagin perméable.

HÉMATOMÉTRIE.

C'est la distension de l'utérus par accumulation du sang des règles, par suite d'atrésie du col ou d'absence du vagin. Elle se traduit, comme l'hématocolpos, par des poussées douloureuses au moment des règles, par l'absence d'écoulement menstruel et par l'apparition d'une tumeur qui s'accroît progressivement.

Les trompes sont elles-mêmes dilatées en HÉMATOSALPINX, et du sang peut parfois s'écouler dans la cavité péritonéale, donnant lieu à une hématocèle périutérine, à de la pelvi-péritonite.

Traitement. — Il faut évacuer la collection *lentement* par **incision** du col. Si l'atrésie de celui-ci siège au niveau de son orifice externe, on le ponctionne avec un trocart; puis, après avoir laissé la collection s'évacuer lentement, on agrandit l'ouverture par section au bistouri ou aux ciseaux ; on lave la cavité sous faible pression et on la bourre de gaze, comme pour l'hématocolpos.

Si l'atrésie du col siège au niveau de l'orifice interne, on cherche d'abord à dilater le col avec les laminaires, puis on ponctionne et on débride au bistouri comme précédemment.

L'hématosalpinx disparaît souvent à la suite de l'évacuation de la poche utérine. Cependant on l'a vu reparaître et motiver l'ablation des trompes.

Hématométrie latérale.

C'est celle qui se produit dans une corne utérine rudimentaire et dont la cavité ne communique pas avec la cavité utérine principale. Son diagnostic est fort difficile. Le seul traitement à appliquer est la **laparotomie** et l'**ablation de la corne distendue** et de la trompe correspondante.

CHAPITRE V

LÉSIONS TRAUMATIQUES ET EFFRACTIONS GÉNITALES

Plaies de la vulve et du vagin.
Thrombus de la vulve et du vagin.
Déchirures du périnée.
Plaies et perforations de l'utérus.
Fistules génitales : urinaires, stercorales.

PLAIES DE LA VULVE ET DU VAGIN.

Elles résultent parfois d'un *traumatisme accidentel*, beaucoup plus fréquemment d'un *accouchement* ou d'un *traumatisme opératoire* chirurgical ou obstétrical.

Traitement. — L'hémostase s'obtient soit par compression momentanée avec un tampon, soit par pincement et ligature si un vaisseau important saigne, soit enfin par la suture.

Pour peu que la plaie soit étendue, il convient, s'il n'y a pas d'infection ni trop d'attrition des tissus, d'en faire la **suture**, ce qui a l'avantage de réaliser l'hémostase, la réunion rapide et correcte, et d'exposer moins aux cicatrices vicieuses qui pourraient entraîner un rétrécissement cicatriciel du conduit.

Dans le cas de plaie ou de perforation du cul-de-sac postérieur, atteignant le péritoine du cul-de-sac de Douglas, il y a lieu de faire le **drainage** de cecul-de-sac, en y introduisant, derrière l'utérus, un gros drain ; on tamponne ensuite le vagin aseptiquement autour du drain avec de la gaze au peroxyde de zinc. Si la lésion était très étendue, ou s'il y avait infection, mieux vaudrait faire l'hystérectomie.

THROMBUS DE LA VULVE ET DU VAGIN.

C'est un épanchement de sang, un *hématome*, siégeant dans le tissu cellulaire vulvaire ou périvaginal.

I. Il est quelquefois d'origine *traumatique* accidentelle, par

exemple à la suite d'une chute à califourchon sur une barre de séparation d'omnibus.

Si la tumeur est petite, peu tendue, on ne l'incise pas : on se contente d'assurer l'asepsie des organes génitaux, de comprimer la tumeur pour favoriser la résorption du sang, et d'appliquer sur la vulve des compresses froides.

Si la tumeur est volumineuse, tendue, si elle continue à s'accroître, on l'incise, on enlève les caillots, et on tamponne la poche, après avoir lié, si c'est possible et nécessaire, les vaisseaux qui saignent.

En cas d'infection de l'hématome, de suppuration, il faut l'ouvrir et le drainer comme un abcès.

II. Beaucoup plus souvent le thrombus est *puerpéral*, apparaît pendant l'accouchement ou peu après la délivrance. Le traitement de ce thrombus puerpéral est étudié dans la THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE (p. 344).

DÉCHIRURES DU PÉRINÉE.

Le traitement des **déchirures récentes** par la **périnéorraphie immédiate** après l'accouchement ou par la **périnéorraphie immédiate secondaire** dans les suites de couches, a été étudié dans une autre partie de cet ouvrage (Voy. *Thérapeutique obstétricale*, p. 321 et suiv.).

Nous n'envisagerons ici que les **déchirures anciennes**, qui se sont cicatrisées, sans se réunir, en se recouvrant de muqueuse sur toute l'étendue des surfaces cruentées primitives. On se trouve alors en présence d'un orifice vulvaire plus ou moins largement béant, agrandi par la brèche périnéale. Dans les DÉCHIRURES INCOMPLÈTES, il se trouve encore séparé de l'anus par un pont périnéal plus ou moins réduit de longueur dans le sens antéro-postérieur. Dans les DÉCHIRURES COMPLÈTES, où le sphincter anal a lui-même été déchiré, l'orifice vulvo-vaginal se confond à sa partie postérieure avec l'orifice anal, et l'on aperçoit seulement la mince cloison recto-vaginale qui sépare le rectum du vagin : la femme ne peut garder ses matières, au moins lorsque celles-ci sont molles ou fluides.

Le défaut du soutien périnéal entraîne habituellement la chute de la cloison vésico-vaginale, qui vient faire saillie à travers l'orifice vulvaire anormalement béant : c'est la CYSTOCÈLE. Souvent la paroi vaginale postérieure se retrousse, elle aussi, et devient procidente (COLPOCÈLE POSTÉRIEURE). Enfin l'utérus lui-même peut s'abaisser, et la RÉTRODÉVIATION et le PROLAPSUS UTÉRIN sont loin d'être rares.

Aussi, — en dehors même de l'indication opératoire plus pressante

que crée, en cas de déchirure complète, une infirmité aussi gênante que l'incontinence des matières, — il y a intérêt, vu l'importance du soutien périnéal pour la statique de l'utérus et du vagin, à remédier à toute déchirure du périnée tant soit peu sérieuse (c'est-à-dire ayant atteint, plus profondément que la peau et la muqueuse, les muscles sous-jacents constituant le véritable corps périnéal). Si on est maître de le faire aussitôt après l'accouchement (ou plus exactement après la délivrance), il ne faut pas manquer de le faire, d'autant que la périnéorraphie immédiate ne nécessite pas d'avivement opératoire, se borne à une suture de technique très simple et ne nécessite pas une période d'immobilisation spéciale, le séjour au lit se confondant alors avec celui commandé par les couches. Mais la suture immédiate n'est pas toujours recommandable, par exemple lorsqu'il y a infection génitale; et la suture même ayant été pratiquée, la réunion ne se fait pas toujours, parce que la plaie s'est infectée. Lorsqu'une déchirure périnéale, pour une raison ou pour une autre, n'a pas été suturée ou ne s'est pas réunie pendant les couches, on est donc amené à la traiter alors qu'elle s'est cicatrisée. en se recouvant de muqueuse, et à pratiquer, à cet effet, une **périnéorraphie secondaire**. On recommande volontiers d'attendre, pour pratiquer celle-ci, un temps assez long après l'accouchement, deux ou trois mois, de manière à ce que l'involution génitale soit bien terminée et les tissus sur lesquels on doit opérer redevenus moins vasculaires, bien cicatrisés, bien fermes, et revenus à leur état ordinaire.

I. S'il s'agit d'une *déchirure incomplète*, la technique de cette périnéorraphie secondaire est la même que celle de la périnéorraphie pratiquée pour un prolapsus génital : nous l'avons étudiée ailleurs (Voy. *Prolapsus génitaux*). On peut employer soit le procédé par **avivement** de Hegar, soit le procédé de **dédoublement** (Doléris), auquel on peut joindre la **myorraphie des releveurs de l'anus** : ces opérations se pratiquent de la même manière que dans le prolapsus. La seule différence est que la commissure postérieure de la vulve est, par suite de la déchirure, comme reportée en arrière, et que l'incision transversale que l'on fait le long du bord postérieur de l'orifice vulvaire pour limiter l'avivement en arrière ou pour amorcer le dédoublement de la cloison recto-vaginale doit être ici faite plus en arrière, à la limite postérieure de la déchirure.

II. Lorsqu'on a affaire à une *déchirure complète*, on a encore recours soit à la **méthode d'avivement**, soit à la **méthode de dédoublement**; mais l'opération comporte alors certaines diffé-

rences et des procédés spéciaux. Nous ne les étudierons pas tous; il suffira de décrire le PROCÉDÉ PAR AVIVEMENT DE SIMON-HEGAR et le PROCÉDÉ PAR DÉDOUBLEMENT DE LAWSON-TAIT, MODIFIÉ PAR POZZI (1).

Procédé de Simon-Hegar. — La paroi vaginale antérieure est soulevée par une valve, et une éponge montée est introduite dans le rectum pour éviter la souillure par les matières fécales.

La surface qu'on va aviver aura la forme d'un papillon aux ailes déployées, dont le corps répondrait à la cloison recto-vaginale (fig. 210).

On place donc deux pinces symétriquement sur la face interne des grandes lèvres, aux points qui doivent répondre aux extrémités antérieures des ailes du papillon, et deux autres pinces au voisinage du bord antérieur de l'anus, de chaque côté, à $1^{cm},5$ ou à 2 centimètres de cet orifice, aux points qui doivent répondre aux extrémités postérieures des ailes du papillon.

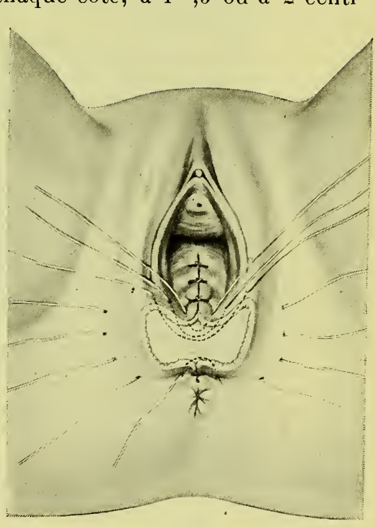


Fig. 210. — Périnéorraphie par avivement, procédé de Simon-Hegar. La partie vaginale de l'avivement est en grande partie déjà suturée (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

La peau étant bien tendue par ces pinces, on trace au bistouri le contour de l'avivement. On dessine sur la paroi vaginale postérieure un petit lambeau triangulaire, qui figure la tête du papillon. De la base de ce petit triangle, on trace de chaque côté une incision oblique en avant et en dehors, aboutissant sur la face interne de la grande lèvre, à l'angle antéro-latéral de l'avivement, marqué par une pince, puis là se recourbant pour se porter en arrière et en dedans vers la pince qui marque l'extrémité postérieure de l'avivement; enfin on réunit les deux incisions latérales par une incision transversale légèrement convexe en avant, passant au niveau de l'anus.

On procède à l'avivement de la surface ainsi délimitée, soit par dissection au bistouri, soit au moyen des ciseaux.

(1) Les soins pré- et post-opératoires sont les mêmes que pour une périnéorraphie pour prolapsus.

On réunit par quelques points de suture au catgut les bords du petit triangle avivé sur le vagin (fig. 210).

On recherche, au niveau de l'orifice anal, les bouts du sphincter déchiré, et on les réunit par deux ou trois points de catgut. On reconstitue la paroi rectale et le pourtour de l'orifice anal en plaçant plusieurs points de catgut perdus, qu'on fera passer de chaque côté dans la surface avivée et dans l'épaisseur même de la paroi rectale ou anale, mais sans les faire pénétrer dans la lumière du rectum (points non perforants). Enfin on place avec une grande aiguille



Fig. 211. — Périnéorraphie par dédoublement, procédé de Lawson-Tait modifié. Sur cette figure, la déchirure périnéale n'est pas complète (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

courbe (fig. 250), pour réunir les deux triangles latéraux d'avivement et reconstituer le périnée, un certain nombre de fils d'argent ou de crins de Florence (fig. 210), auxquels on fait charger une bonne épaisseur de tissus, et qu'on noue en dernier lieu après les avoir tous placés.

Procédé de Lawson-Tait modifié par Pozzi. — Faites sur le bord inférieur de la cloison recto-vaginale une incision transversale, et aux deux extrémités de celle-ci une incision latérale antéro-postérieure étendue en avant jusqu'à mi-hauteur de la vulve et en arrière jusqu'au delà du bord postérieur de l'anus. L'ensemble des

incisions figure un H à branches inférieures plus courtes que les supérieures (fig. 211).

Dédoublez la cloison recto-vaginale assez profondément, en vous aidant d'un doigt (muni d'un doigtier stérile) introduit dans le rectum, pour éviter de blesser celui-ci. Débridez ensuite à fond les incisions latérales.

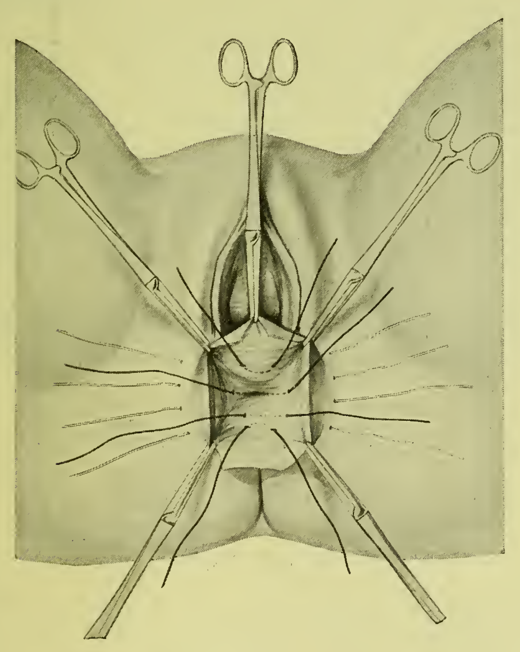


Fig. 212. — Périnéorraphie par dédoublement, procédé de Lawson-Tait modifié. Mise en place des sutures (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

Des pinces écartant la paroi vaginale et la paroi rectale, vous avez devant vous un infundibulum que vous allez suturer (fig. 212).

Commencez par réunir au catgut les deux bouts du sphincter anal déchiré. Placez avec la grande aiguille courbe d'Emmet (fig. 250) trois ou quatre fils d'argent ou forts crins de Florence, qui chemineront profondément sous toute l'étendue de la surface cruentée (sans perforer le rectum), pour reconstituer le périnée. Avant de serrer ces fils, faites dans la profondeur un surjet de catgut, antéro-postérieur, ou des points séparés, pour assurer une bonne coaptation des parties latérales, et placez de même quelques crins de Florence sur la peau. En dernier lieu, serrez les anses de fil profondes.

PLAIES ET PERFORATIONS DE L'UTÉRUS.

L'utérus, protégé par le bassin, est très rarement atteint de **plaies accidentelles** par la paroi abdominale en dehors de la grossesse. En général, alors, il y a lieu de faire la **laparotomie**, d'extraire l'enfant et les annexes de l'œuf par l'opération césarienne ; enfin, suivant l'importance et l'état de la lésion utérine, d'en pratiquer la suture ou au contraire d'enlever l'utérus.

Les **perforations** de l'utérus au cours d'une exploration avec l'hystéromètre ou au cours d'un curettage se traitent comme je l'ai déjà indiqué à propos des accidents du curettage (Voy. p. 441). Les perforations que l'on fait parfois en cherchant à énucléer un fibromyome peuvent, surtout si elles sont un peu larges, indiquer l'hystérectomie immédiate à la place de l'opération conservatrice dont on cherchait à se contenter.

Quant aux **déchirures du col** produites par l'accouchement et aux **ruptures utérines** pendant le travail, je ne les étudierai pas ici (Voy. Thérapeutique obstétricale, p. 332 et suiv.).

FISTULES GÉNITALES

FISTULES URINAIRES.

Fistules vésico-vaginales.

Laissant de côté les fistules dues au cancer, qui ne sauraient nous arrêter ici au point de vue thérapeutique, on peut dire, — négligeant diverses causes tout à fait exceptionnelles, — que presque toutes les fistules vésico-vaginales sont d'*origine obstétricale* et dues à une mortification des tissus à la suite de leur compression prolongée entre le fœtus et le bassin dans un accouchement laborieux. Cette notion étiologique indique quelle est la **prophylaxie** de ces fistules : aujourd'hui qu'on n'attend plus aussi longtemps qu'autrefois pour intervenir et terminer artificiellement l'accouchement, lorsque l'expulsion du fœtus traîne en longueur et subit un arrêt prolongé, elles sont devenues beaucoup moins fréquentes. Les cas de dystocie, en particulier les rétrécissements du bassin, sont naturellement une condition prédisposante.

Ces fistules se traduisent par l'*incontinence d'urine*. Celle-ci peut toutefois exister sans fistule ou avant toute fistule, immédiatement après certains accouchements laborieux, comme conséquence d'une

paralysie du sphincter vésical à la suite du traumatisme. Ce n'est qu'au troisième ou quatrième jour après l'accouchement que commencent à se détacher les escarres qui donnent lieu aux fistules et que se produit l'incontinence imputable à celles-ci. Le diagnostic d'une fistule doit reposer sur l'examen direct. Le *toucher* peut suffire dans les communications un peu larges entre le vagin et la vessie, surtout en s'aidant de l'introduction dans la vessie par l'urètre d'une sonde dont le doigt, placé dans le vagin, pourra sentir directement le contact. Ordinairement, c'est par la *vue* qu'il faut rechercher la fistule ; la *position latérale de Sims* (fig. 174) et surtout la *position genu-pectorale* (fig. 175) sont particulièrement favorables pour bien exposer à la vue toute la paroi antérieure du vagin, en déprimant avec une valve sa paroi postérieure et en abaissant au besoin le col avec une pince de Museux. L'exploration de la paroi vaginale et la découverte de la fistule peuvent cependant être fort gênées par la présence de rétrécissements vaginaux, de brides cicatricielles, ayant pour origine le même traumatisme qui a causé la fistule. Les petites fistules difficiles à trouver sont découvertes par l'injection dans la vessie par l'urètre d'un liquide coloré aseptique, tel que solution étendue de permanganate ou lait stérilisé. Dans certains cas où le pertuis est excessivement petit, il n'est cependant pas impossible que le suintement se fasse sans que son point d'émergence soit visible : M. Pozzi conseille alors « de bien dessécher la paroi vaginale antérieure et d'y appliquer une feuille de papier buvard, pendant qu'on fait remplir la vessie. On observera aussitôt une tache d'humidité, au niveau même où siège l'orifice qu'on n'avait pu découvrir et qu'il sera, dès lors, plus facile de rechercher avec un fin stylet ».

Les fistules vésico-vaginales ne sont pas seulement une infirmité gênante pour la femme, toujours mouillée, et répugnante par l'odeur qu'elle exhale, elles peuvent entraîner parfois des complications : métrite, cystite, urétéro-pyélite.

Traitement. — Lorsqu'une communication entre la vessie et le vagin est *récente* et *étroite*, la mise d'une **sonde à demeure**, la légère **cautérisation** des bords de l'orifice par attouchement avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent ou avec la teinture d'iode peuvent favoriser sa cicatrisation et son oblitération.

Mais, lorsqu'une fistule est définitivement établie depuis quelque temps et a des bords cicatrisés, le traitement en est **chirurgical.**

On n'interviendra que plusieurs semaines (de six à huit) après l'accouchement, non seulement pour profiter au début des chances de guérison spontanée par cicatrisation, mais encore pour attendre

que les tissus sur lesquels doit porter l'opération aient subi leur involution, soient redevenus moins vasculaires, enfin soient redevenus normaux, bien cicatrisés et non suspects d'infection.

1. **Fistules accessibles par les voies naturelles.** — *C'est l'opération **par voie vaginale** qui doit être choisie toutes les fois qu'elle est possible à mener à bien, c'est-à-dire dans les fistules bas situées, ou moyennement hautes, ou faciles à abaisser et à rendre accessibles par les voies naturelles.*

Certains **soins préparatoires** sont très importants. On vérifiera que l'urètre est perméable, et, s'il présente des rétrécissements, on les traitera préalablement par la dilatation. De même, si le vagin présente des brides cicatricielles et des rétrécissements, qui pourraient rendre difficile l'opération par le vagin, il faut d'abord, au besoin pendant plusieurs semaines, le dilater petit à petit par des tamponnements ou par l'emploi de boules *ad hoc* (Bozeman). Avant l'opération, on assurera de son mieux, par des nettoyages du vagin et de la vessie, l'asepsie du champ opératoire. Enfin une purgation et un lavement seront administrés l'avant-veille de l'opération, et dès la veille on commencera à constiper la patiente en lui donnant cinq pilules d'extrait thébaïque d'un centigramme par vingt-quatre heures.

La **position à donner à l'opérée** pour l'intervention doit être, en général, à notre avis, la POSITION GYNÉCOLOGIQUE DORSO-SACRÉE avec le siège bien relevé, ou encore le DÉCUBITUS LATÉRAL DE SIMS (fig. 174). La POSITION GÉNU-PECTORALE (fig. 175), qui est celle qui expose le mieux la paroi vésico-vaginale et que nous recommandons beaucoup comme position d'exploration, est, par contre, peu commode



Fig. 213. — Étendeur de la cloison vésico-vaginale de Pasteau.

pour l'anesthésie et peut rendre celle-ci dangereuse ; aussi ne faut-il, selon nous, l'adopter pour l'opération qu'exceptionnellement, si l'on ne peut faire autrement, pour aborder une fistule élevée et peu accessible.

La fistule sera exposée sous les yeux de l'opérateur au moyen de deux pinces tire-balles, placées de part et d'autre sur la muqueuse du vagin. Pasteau a imaginé et fait construire un petit instrument, qu'il appelle *étendeur de la cloison vésico-vaginale* (fig. 213), qu'on introduit dans la vessie par l'urètre, et qui paraît très commode

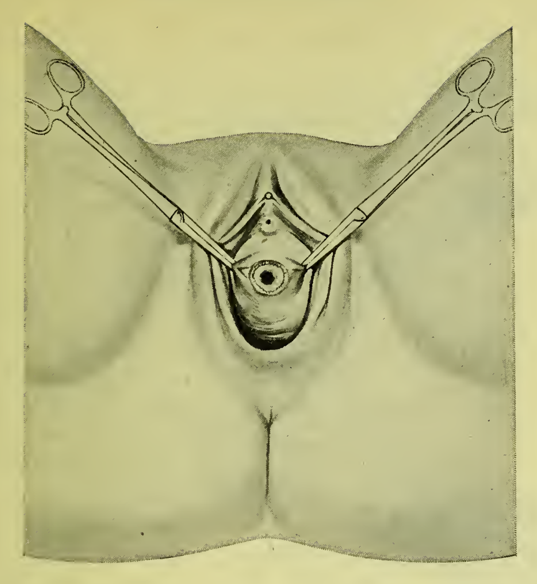


Fig. 214. — Opération d'une fistule vésico-vaginale, méthode de l'avivement : l'avivement autour de la fistule est effectué (Ans. Schwartz et P. Mathieu).



Fig. 215. — Opération d'une fistule vésico-vaginale, méthode de l'avivement : les sutures sont terminées (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

pour présenter encore mieux, rendre plus accessible et fixer la fistule.

L'opération elle-même peut se faire par plusieurs méthodes.

La **méthode de l'avivement**, dite encore MÉTHODE AMÉRICAINE, inventée par Marion Sims et importée en France par Bozeman, consiste : 1° dans une excision très oblique de la muqueuse vaginale autour de la fistule, excision qui s'arrête sur les bords de celle-ci en respectant la muqueuse vésicale (Voy. fig. 214 et 216) ; 2° dans la suture à points séparés, au fil d'argent en général, avec une aiguille courbe fine, des bords de la surface vaginale avivée, en respectant la muqueuse vésicale (fig. 215 et 216).

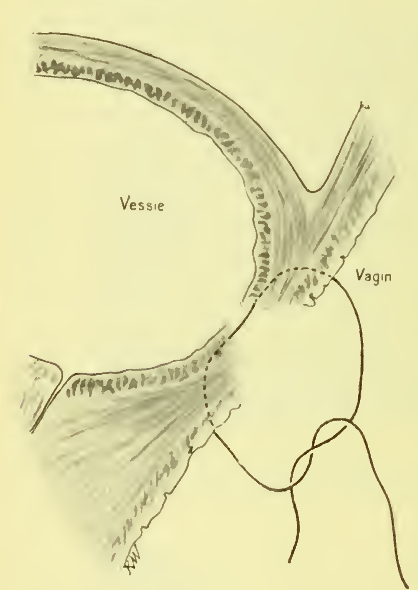


Fig. 216. — Cure d'une fistule vésico-vaginale par la méthode de l'avivement : disposition des fils de suture.

La **méthode du dédoublement**, ou MÉTHODE FRANÇAISE de Duboué, consiste : 1° dans une incision circulaire autour de la fistule, incision prolongée à droite et à gauche (ou bien en avant et en arrière) par deux incisions sur la paroi vaginale (fig. 217) ; 2° dans le dédoublement de la cloison vésico-vaginale, en séparant au bistouri successivement en haut et en bas (ou bien à droite et à gauche) la paroi vaginale de la vessie sur une étendue de 2 à 3 centimètres ; 3° dans la suture perdue en bourse ou à points séparés, au catgut, de la paroi vésicale (fig. 218), en évitant de faire passer les fils dans la cavité de la vessie ; 4° dans la suture à points séparés, aux crins de Florence ou au fil d'argent fin, de la paroi vaginale (fig. 219), en ayant soin de traverser à leur base les lambeaux vaginaux décollés de la vessie.

Je n'insiste pas sur ces méthodes, car aujourd'hui *la méthode de choix est le* PROCÉDÉ DE BRAQUEHAYE, modification ingénieuse de la méthode du dédoublement, mais modification très spéciale qui constitue vraiment une méthode nouvelle.

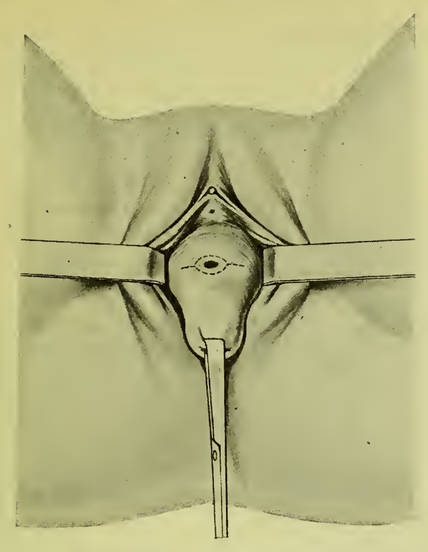


Fig. 217. — Cure d'une fistule vésico-vaginale, méthode du dédoublement : tracé de l'incision (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

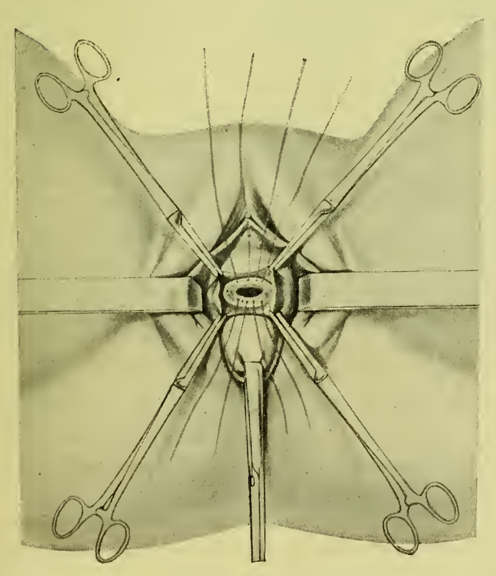


Fig. 218. — Cure d'une fistule vésico-vaginale, méthode du dédoublement : les sutures de la paroi vésicale (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

Procédé de Braquehaye. — Tout autour de la fistule et à une distance convenable (0cm,5 à 1 centimètre) de ses bords, incisez la muqueuse vaginale (fig. 220). La paroi vaginale incisée, séparez celle-ci de la paroi vésicale, autrement dit faites un dédoublement de dehors en dedans, de l'incision vers la fistule (fig. 220), en vous arrêtant avant d'atteindre le bord de celle-ci. Vous constituez ainsi autour de la fistule une petite collerette de paroi vaginale décollée de la vessie. Retournez cette collerette sur elle-même, pardessus la fistule (fig. 221), et suturez les bords opposés de la collerette par des points séparés au catgut non perforants, c'est-à-dire ne traversant pas la muqueuse : vous oblitérez ainsi l'orifice fistuleux. Il vous reste alors une surface vaginale cruentée.

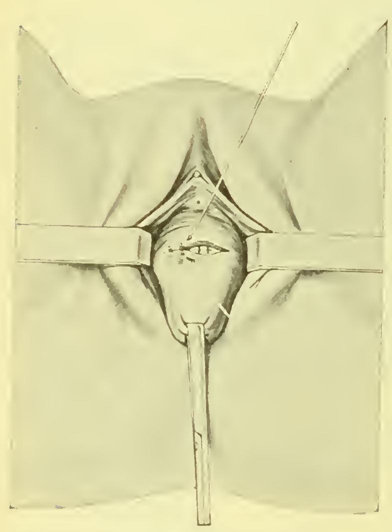


Fig. 219. — Cure d'une fistule vésico-vaginale, méthode du dédoublement : sutures vaginales (Ans. Schwartz et P. Mathieu.)

Recouvrez-la en rapprochant ses bords par une deuxième ligne de sutures, à points séparés, au crin de Florence.

Soins post-opératoires. — Quel que soit le procédé opératoire employé, vérifiez immédiatement, en faisant dans la vessie une injection d'eau salée physiologique stérilisée, que vous avez bien obtenu l'oblitération de la fistule. Au besoin, vous ajouteriez un fil supplémentaire, si du liquide sourdait en quelque point.

Mettez dans le vagin une mèche, non serrée, de gaze stérilisée ou au peroxyde de zinc.

Placez dans la vessie une sonde à demeure. Laissez-la deux ou trois jours ; après quoi vous pratiquerez encore pendant au moins dix jours le cathétérisme vésical régulier toutes les trois heures.

Faites de plus plusieurs lavages quotidiens de la vessie, tant que l'urine n'est pas absolument claire.

Constipez par l'opium pendant quatre ou cinq jours.

Enlevez les fils le dixième jour. L'opérée peut se lever au bout de quinze jours.

Résultats. — Les opérations pour fistules vésico-vaginales sont

souvent décevantes. Il n'est pas rare qu'on n'obtienne pas une réunion complète, que la fistule persiste et qu'on soit amené à recommencer, même plusieurs fois, des opérations successives. Ces échecs sont assez fréquents à la suite des procédés classiques d'avivement

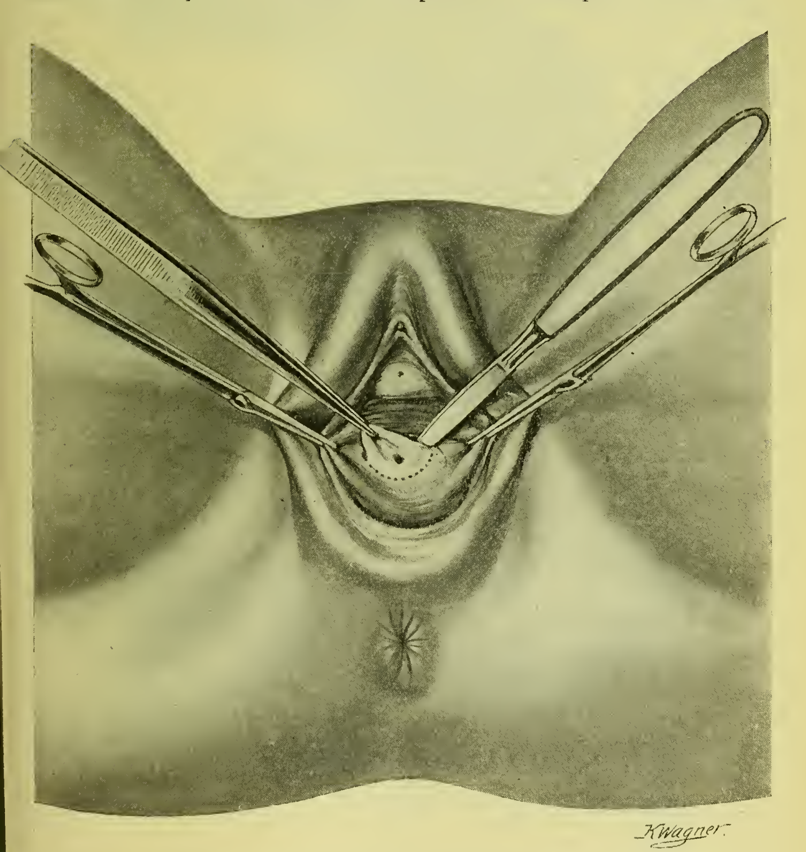


Fig. 220. — Procédé de Braquehaye pour la cure d'une fistule vésico-vaginale : dissection d'une collerette vaginale de dehors en dedans autour de la fistule.

ou de dédoublement. Le procédé plus récent de Braquehaye donne de meilleurs résultats et tend de plus en plus à être préféré.

Notons cependant que, d'après Pasteau, l'échec fréquent des procédés ordinaires tient à ce qu'on opère profondément, sur des tissus souvent peu extensibles, dans une paroi qui n'est pas soutenue et difficile à fixer du bout des pinces : il s'ensuit que les bords de la

fistule, que les lambeaux dédoublés qui doivent servir à fermer l'orifice sont mâchonnés, tiraillés par les instruments au cours de l'opé-

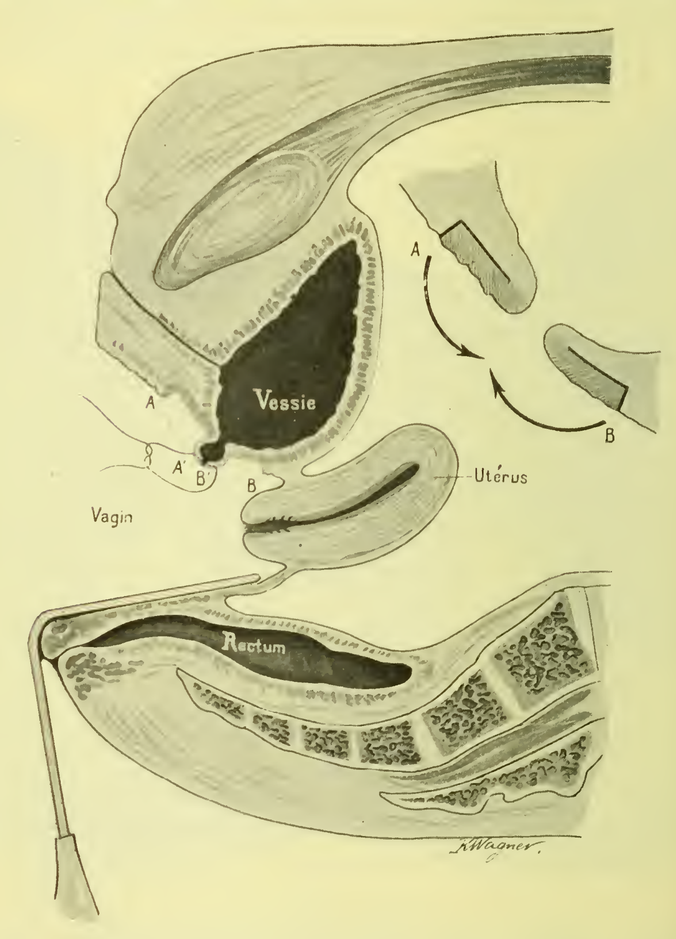


Fig. 221. — Procédé de Braquehaye pour la cure d'une fistule vésico-vaginale. — La paroi postérieure du vagin étant écartée par une valve, on a incisé circulairement la muqueuse vaginale autour de la fistule, en A et B, et après avoir disséqué une collerette vaginale on rabat les bords de cette collerette en A′ et B′, et on les suture. On fermera ensuite la plaie vaginale restante, en réunissant, par un second plan de suture, les points A et B.

ration, d'où amoindrissement de leur vitalité, ce qui explique que la cicatrisation complète soit difficile.

Grâce à l'emploi de l'*étendeur de la paroi vésico-vaginale* (fig. 213)

qu'il a inventé, et qui permet, introduit dans la vessie, de faire saillir à la vulve et de fixer la région sur laquelle on opère, en fournissant à celle-ci un point d'appui, cet auteur croit avoir réussi à éviter les inconvénients précédents et a obtenu, par le procédé

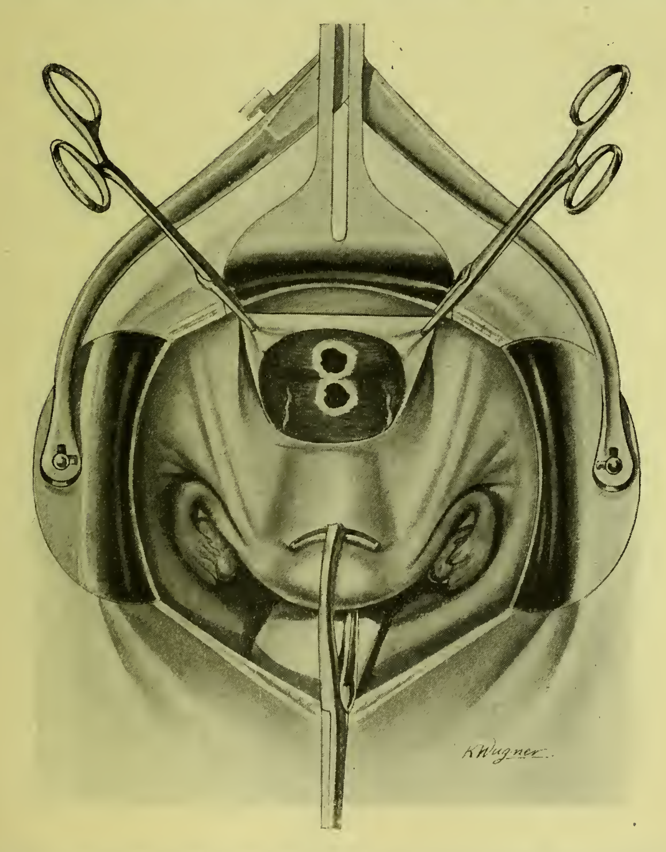


Fig. 222. — Cure d'une fistule vésico-vaginale élevée par voie transpéritonéale : le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin a été incisé, et la vessie décollée du col et du vagin, jusqu'à ce que la fistule ait été dédoublée en deux orifices, l'un vésical, l'autre vaginal, qu'on va l'un et l'autre suturer.

ordinaire du dédoublement, de belles guérisons, même après échec d'opérations antérieures.

II. ***Fistules non accessibles par les voies naturelles.*** — *Dans les fistules très haut situées, ou non accessibles par la voie vaginale,*

d'autres voies opératoires s'offrent au chirurgien : la VOIE SUS-PUBIENNE ou la VOIE ISCHIO-RECTALE.

Voie sus-pubienne. — Bien qu'on puisse user, pour aborder la fistule, de la **voie transpéritonéale** (Dittel, Forgue), en faisant la

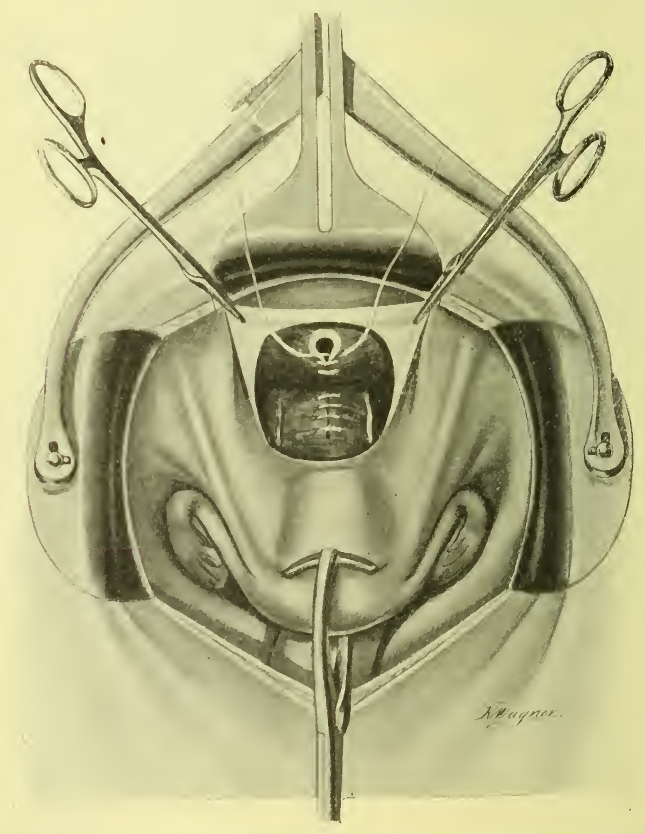


Fig. 223. — Cure d'une fistule vésico-vaginale élevée par voie transpéritonéale : on est en train de suturer l'orifice vésical ; l'orifice vaginal est déjà suturé (mieux vaudrait commencer par l'orifice vésical.)

laparotomie, en attirant le fond de l'utérus avec une pince *ad hoc* (hystérolabe de Dartigues ou pince à traction de l'utérus de Collin) (fig. 236), en incisant transversalement le cul-de-sac vésico-utérin et en décollant la vessie de la face antérieure de l'utérus et du vagin jusqu'à ce qu'on rencontre la fistule (fig. 222, 223 et 224), c'est la

voie transvésicale qui nous paraît préférable. La femme est mise en position de Trendelenburg; la vessie, ne pouvant être distendue, est soulevée et rendue aussi accessible que possible du côté de l'abdomen, au moyen d'un ballon de Petersen dans le rectum ou le

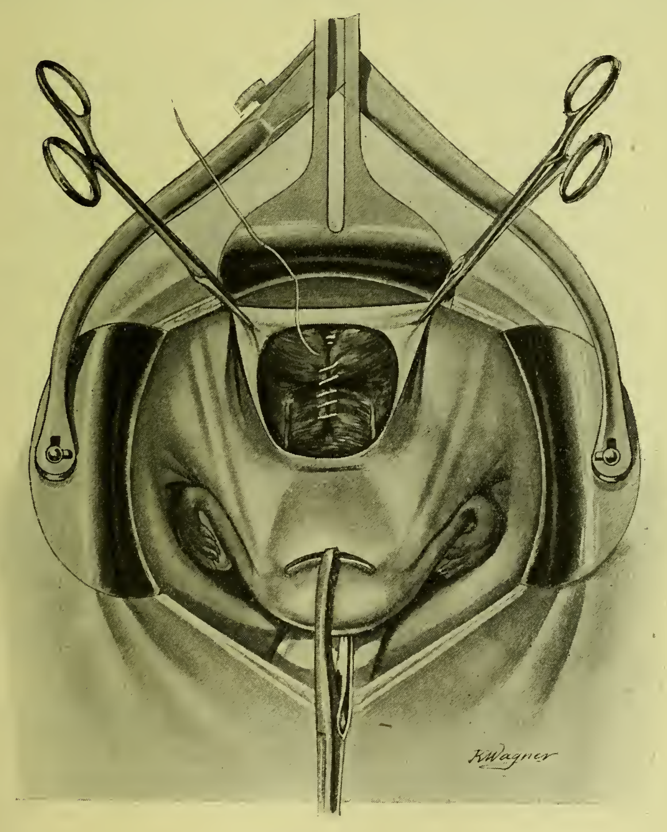


Fig. 224. — Cure d'une fistule vésico-vaginale élevée par voie transpéritonéale ; suite des sutures ; on enfouit les sutures des orifices sous un surjet de catgut.

vagin. On incise la paroi abdominale, en évitant de blesser le cul-de-sac prévésical, qu'on cherche à reconnaître avec la graisse qui le double, et qu'on refoule avec le doigt. On incise la face antérieure de la vessie et, des écarteurs exposant bien la paroi postérieure de celle-ci, on cherche la fistule. Celle-ci est alors traitée soit par avivement, soit par dédoublement, comme une fistule opérée par voie

vaginale ; on l'oblitère par une suture au catgut, en un plan dans le cas d'avivement, en deux plans superposés dans le cas de dédoublement, en employant à cet effet une aiguille de Reverdin ou une aiguille de Hagedorn montée. On suture enfin la vessie et la paroi abdominale, en laissant une sonde à demeure ou même un drainage vésical sus-pubien.

Au lieu de la voie sus-pubienne, on pourrait encore recourir, pour les fistules haut situées, à la *voie ischio-rectale*, imaginée et employée par M. Michaux, et qui consiste à aborder la fistule par une longue incision périnéale latérale, donnant accès dans la fosse ischio-rectale, et par une incision de la face latérale du vagin.

III. ***Fistules rebelles, ayant résisté à des tentatives opératoires maintes fois réitérées et dont la cure est désespérée.*** — A ces fistules peut convenir l'oblitération opératoire du vagin au-dessous de la fistule, ou ***colpocleisis*** : le sang des règles s'écoulera dès lors par la vessie ; tout espoir de fécondation est supprimé, et le coït lui-même ne reste possible que si l'oblitération vaginale est suffisamment élevée ; enfin de la cystite, de l'infection des organes génitaux peuvent apparaître. C'est dire que le colpocleisis est un pis aller et qu'on n'y doit recourir que comme *ultime ressource, après des échecs réitérés de multiples tentatives opératoires convenablement conduites, en un mot lorsque la cure de la fistule est désespérée.*

Technique du colpocleisis. — Le plus haut possible, mais en tissu sain, faites une incision circulaire de la muqueuse vaginale, — incision que vous ferez en général remonter beaucoup plus haut sur la paroi postérieure, saine, que sur la paroi antérieure. A $1^{cm},5$ ou 2 centimètres au-dessous, faites une autre incision parallèle à la première.

Disséquez et excisez la rondelle de muqueuse vaginale comprise entre ces deux incisions. Placez des fils de catgut en faisant passer une aiguille de bas en haut sous toute la hauteur de la surface cruentée d'une des faces du vagin, puis faites passer de même de bas en haut, sous toute la hauteur de la surface cruentée de l'autre face votre aiguille, qui ira charger alors le chef le plus élevé des fils pour les ramener de haut en bas sur cette face. En nouant ensemble les deux chefs de chaque fil, vous accolez ainsi les surfaces cruentées et déterminez l'occlusion du vagin.

Fistules vésico-utérines.

Les FISTULES VÉSICO-UTÉRINES sont des FISTULES VÉSICO-CERVICALES.

Elles ont même *origine obstétricale* et même *prophylaxie* que les fistules vésico-vaginales (Voy. plus haut).

Elles donnent lieu aussi à de l'*incontinence d'urine*. On les reconnaît en injectant dans la vessie un liquide coloré, qui sort non par la paroi vaginale, mais par le col utérin.

On distingue des FISTULES VÉSICO-UTÉRO-VAGINALES (ou fistules vésico-vaginales situées très haut, au contact du museau de tanche, appelées encore *fistules juxta-cervicales*), et des FISTULES VÉSICO-UTÉRINES PROPREMENT DITES ou *intracervicales*.

Traitement des fistules vésico-utéro-vaginales. — On

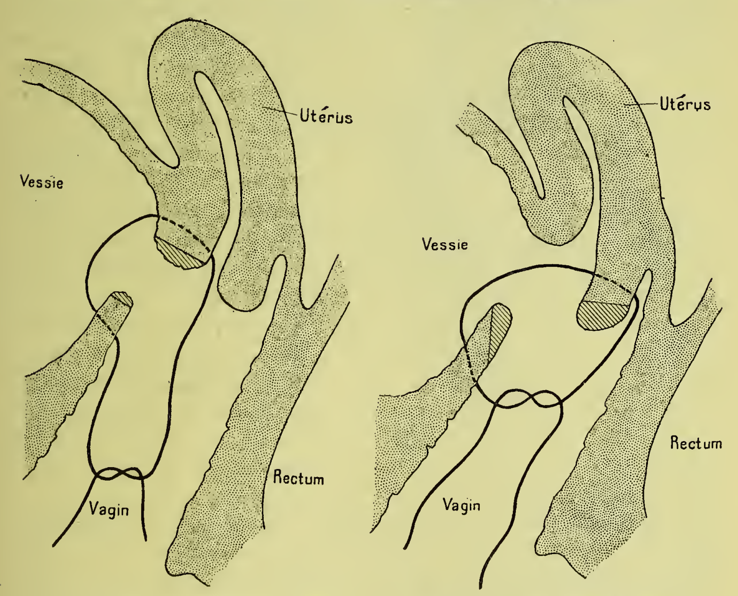


Fig. 225. — Traitement d'une fistule vésico-utéro-vaginale par avivement et suture.

Fig. 226. — Hystérocleisis vésical.

avive la fistule, puis on suture (fig. 225). Ou bien on fait un dédoublement vésico-cervical, et on suture séparément l'orifice vésical, puis la perte de substance cervicale.

Si l'opération n'est pas réalisable par ***voie vaginale***, on peut, comme pour les fistules vésico-vaginales, recourir aux ***voies sus-pubienne*** ou ***ischio-rectale*** (Voy. *Fistules vésico-vaginales*).

En cas d'échecs répétés, on pourrait s'adresser, en désespoir de cause, à l'***hystérocleisis vésical*** de Courty : avivement de la lèvre inférieure de la fistule d'une part, d'autre part de la lèvre postérieure du col ou de la partie voisine du cul-de-sac postérieur du vagin ; enfin suture de ces deux surfaces avivées (fig. 226). On fait ainsi une

sorte d'incarcération du col utérin dans la vessie, et c'est dans celle-ci que s'écoulera désormais le sang des règles. C'est un pis aller.

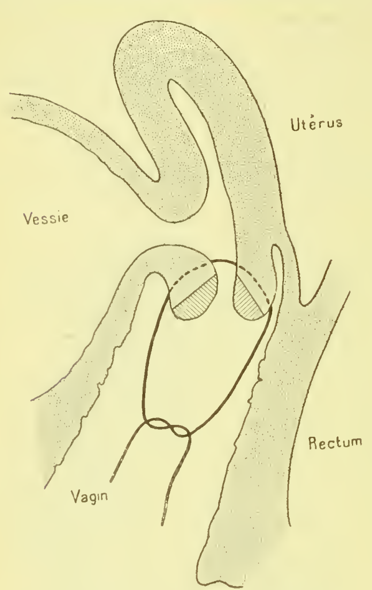


Fig. 227. — Hystéro-stomato-cleisis.

Traitement des fistules vésico-utérines proprement dites. — On peut soit aviver et suturer l'orifice fistuleux par *voie vaginale*, en ouvrant largement le col par une double incision latérale, soit employer la *voie transpéritonéale* : la patiente est mise en position de Trendelenburg très déclive ; on fait la laparotomie, on attire fortement l'utérus avec l'hystérolabe de Dartigues ou la pince à traction de Collin, et on incise largement, transversalement, le cul-de-sac vésico-utérin, en allant jusque sur la face antérieure des ligaments larges ; on décolle la vessie de la face antérieure du col jusqu'à la fistule (fig. 222) ; on fait enfin une suture isolée de la paroi vésicale et de la brèche cervicale.

Ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on se résignerait, après des échecs réitérés, à traiter indirectement la fistule en faisant chirurgicalement une occlusion de l'orifice externe du col, par avivement et suture de celui-ci (***hystéro-stomato-cleisis***) (fig. 227).

Fistules urétéro-vaginales.

Les FISTULES URÉTÉRO-VAGINALES peuvent, comme les vésico-vaginales, avoir une *origine obstétricale* : le plus souvent alors la vessie est intéressée en même temps que l'uretère ; il s'agit de FISTULES URÉTÉRO-VÉSICO-VAGINALES.

Les FISTULES URÉTÉRO-VAGINALES PURES se voient surtout comme un *accident post-opératoire après l'hystérectomie vaginale*, par suite, par exemple, de sphacèle de l'uretère, qu'on a pris dans les pinces posées sur les ligaments larges.

Dans les fistules urétéro-vésico-vaginales, on établit la partici-

pation de l'uretère à la lésion, en y reconnaissant l'orifice de ce conduit et en le sondant.

Les fistules urétéro-vaginales se distinguent des fistules vésico-vaginales par l'incontinence d'urine seulement partielle, l'urine d'un des reins s'accumulant dans la vessie et étant expulsée par des mictions normales, — par l'absence de passage dans le vagin des liquides colorés injectés dans la vessie, — enfin par la cystoscopie, qui montre la vessie indemne et l'absence d'écoulement par l'embouchure vésicale de l'uretère intéressé. Le cathétérisme de l'uretère par la vessie peut aussi montrer un arrêt et un rétrécissement du conduit.

Traitement. — Les **fistules urétéro-vésico-vaginales** se traitent de la même manière que les fistules vésico-vaginales, de préférence par la méthode du dédoublement ou le procédé de Braquehaye.

Pour les **fistules urétéro-vaginales pures**, de nombreux procédés pour obtenir leur *oblitération directe* ont été employés par Simon, Dührssen, Landau, Schede, Trélat, et sont applicables aux cas où la fistule urétérale siège près de la vessie : nous ne saurions ici les décrire en détail. Voici comment on peut procéder : ouvrir la vessie au voisinage de la fistule urétérale, c'est-à-dire créer une fistule vésico-vaginale voisine, et par celle-ci introduire une sonde dans l'uretère ; sur cette sonde, sectionner du côté de la vessie la paroi urétérale, de manière à reporter un peu plus haut et en dehors l'embouchure de l'uretère dans la vessie; pour assurer ce résultat, on peut, soit, comme Simon, écarter chaque jour les bords de cette incision urétérale avec une sonde cannelée pour les empêcher de s'accoler et les faire cicatriser séparément, soit encore, comme Dührssen, suturer l'une à l'autre les muqueuses vésicale et urétérale. Cette opération aboutit, en somme, à *transformer la fistule urétéro-vaginale en une fistule urétéro-vésico-vaginale*. Dans un second temps, on ferme cette fistule comme une fistule vésico-vaginale, sans danger d'étreindre l'uretère et d'y arrêter la circulation de l'urine, grâce au report en haut et en dehors de l'embouchure vésicale de l'uretère qu'on a réalisé dans le premier temps.

Lorsque la cure de la fistule urétéro-vaginale, par un procédé d'oblitération directe, est trop difficile ou impossible, par exemple lorsqu'il s'agit d'une fistule consécutive à l'hystérectomie vaginale et s'ouvrant au niveau de la cicatrice au fond du vagin, le traitement consiste alors dans la *greffe urétérale*, c'est-à-dire dans l'*abouchement opératoire de l'uretère dans la vessie*. Bien que Mackenrodt et d'autres chirurgiens aient, dans quelques cas, réalisé cet

abouchement par la voie vaginale, c'est à l'abouchement de l'uretère dans la vessie par voie abdominale, opération due à Novaro et à Bazy et à laquelle ce dernier a donné le nom, qui est resté, d'***urétéro-cysto-néostomie***, que les chirurgiens ont généralement recours : elle tend même aujourd'hui à se substituer, dans la plupart des cas, aux autres procédés dans le traitement chirurgical des fistules urétérales. Nous ne saurions décrire ici, sans dépasser le cadre de cet ouvrage, la technique de cette opération, pour laquelle nous renvoyons à l'article de Marion, dans la *Thérapeutique des maladies des organes urinaires* (1).

Enfin, après tentative infructueuse des traitements opératoires précédents, on vient parfois à être acculé à pratiquer la ***néphrectomie*** du côté correspondant à l'uretère malade : on ne doit y recourir qu'en cas de nécessité absolue, comme ultime ressource, dans des cas où le rein, infecté, distendu, est profondément altéré, et après s'être assuré de l'existence, de l'état et du fonctionnement de l'autre rein.

Fistules urétro-vaginales.

Les FISTULES URÉTRO-VAGINALES sont, dans la majorité des cas, d'*origine obstétricale*, comme les vésico-vaginales, plus rarement d'origine traumatique, opératoire, etc., ou d'origine congénitale (hypospadias féminin).

Elles ne donnent pas lieu à de l'incontinence d'urine (à moins que le col de la vessie ne soit aussi intéressé), et l'urine ne passe en partie dans le vagin qu'au moment des mictions.

Dans certains cas, il y a non pas seulement fistule, mais destruction étendue ou presque totale de l'urètre. Cette DESTRUCTION DE L'URÈTRE n'est qu'un degré exagéré des fistutes et doit être étudiée avec elles.

Traitement. — Les petites fistules urétro-vaginales doivent être traitées, comme on le ferait pour une fistule vésico-vaginale, par la ***cautérisation***, ou par l'***avivement*** et la suture.

Dans les pertes de substance étendues, ou dans les destructions de l'urètre, on est obligé de recourir, pour reconstituer le canal, à des ***procédés autoplastiques*** qui empruntent des lambeaux soit aux petites lèvres (Polaillon), soit à la cloison vésico-vaginale (Heydenreich), soit à la vulve et au vagin (Péan). Le procédé de Legueu, imité avec des modifications de celui de Péan, est celui qui, dans

(1) Voy. ACHARD, PAISSEAU et MARION, *Thérapeutique urinaire*, *in* Bibliothèque de Thérapeutique Gilbert et Carnot.

une destruction étendue de l'urètre nécessitant la restauration du canal, nous séduirait le plus. On taille deux lambeaux quadrilatères aux dépens du vagin et des petites lèvres jusqu'au-dessous du clitoris. On les dissèque par leur face profonde, on les rabat en dedans et on les suture l'un à l'autre, face muqueuse en haut, face cruentée en bas. Après quoi on place des fils d'argent très loin en dehors, de manière à rapprocher et à accoler les surfaces cruentées résultant de la dissection des lambeaux. Les fils postérieurs, dans le cas opéré par Legueu, furent plus difficiles à serrer en raison de la moindre mobilité des tissus. Une sonde est laissée dans le nouveau canal ainsi reconstitué et dans la vessie. Après l'opération, il persiste à la partie postérieure, au voisinage de la vessie, un orifice de communication entre l'urètre et le vagin, qu'on oblitère dans une séance opératoire ultérieure.

Dans les cas où le col de la vessie participe à la lésion, une incontinence partielle de l'urine persiste souvent après les opérations autoplastiques de restauration de l'urètre. On peut y remédier par le port d'un pessaire avec coussinet sous-urétral, qui accole les parois de l'urètre restauré.

En présence de cas inopérables, on se contente de faire porter un urinal.

FISTULES STERCORALES.

Fistules recto-vaginales.

Les FISTULES RECTO-VAGINALES apparaissent à la suite de l'ouverture d'une collection (hématocèle, suppuration pelvienne, abcès de la cloison recto-vaginale) à la fois dans le vagin et le rectum, — ou bien à la suite d'un accouchement où s'est produite une déchirure de la cloison recto-vaginale, ou encore une compression prolongée de cette cloison par la tête fœtale avec sphacèle consécutif, — ou bien à la suite de l'ulcération de la cloison, par exemple sous l'influence de l'inflammation provoquée par des corps étrangers (pessaires), — ou bien, enfin, à la suite d'un traumatisme accidentel et surtout de la blessure du rectum dans une opération (colpotomie, hystérectomie vaginale).

Certaines fistules peuvent apparaître, comme je l'ai observé, plusieurs jours, une semaine et même davantage, après une de ces opérations, sans qu'il y ait eu aucune blessure opératoire du rectum, et sont l'aboutissant du processus d'ulcération et de sphacèle déterminé par la collection qui bombait vers le rectum et qu'on a évacuée par l'opération vaginale. Peut-être aussi la pression trop prolongée

exercée par le drain sur le rectum après la colpotomie peut-elle être accusée.

Les fistules recto-vaginales se caractérisent par le *passage de matières ou de gaz dans le vagin.* L'administration d'un lavement rectal, dont le liquide passe dans le vagin, aide au diagnostic et permet de les distinguer des fistules entéro-vaginales, dans lesquelles le liquide injecté ne ressortirait pas par le vagin.

Traitement. — I. **Lorsqu'il s'agit d'une fistule récemment formée, petite**, ne laissant passer que les gaz et les liquides (lavements, diarrhée très fluide), mais pas de matières solides, surtout si le trajet est oblique, on peut espérer une cicatrisation spontanée, et l'on doit se contenter — après un lavement ou une purgation préalable si besoin — de *constiper la femme pendant cinq ou six jours* en lui donnant quotidiennement cinq pilules de 1 centigramme d'extrait thébaïque, avec le régime lacté. Au bout de six jours, on administre un lavement et une purgation. Si l'on voit qu'il passe encore du liquide par la fistule et que celle-ci n'est pas guérie, on peut recommencer à constiper la femme comme précédemment.

On obtient ainsi très simplement, au bout de quelque temps, la fermeture de bon nombre de fistules étroites.

La cautérisation légère au galvano ou au thermocautère des bords de l'orifice peut aider à la cicatrisation, si celle-ci tarde à s'effectuer spontanément.

II. Mais, dans les **fistules déjà anciennes** qui ne se sont pas oblitérées ou dans les **fistules un peu larges**, le *traitement opératoire* devient nécessaire.

Soins préopératoires. — L'avant-veille de l'opération, on purgera la patiente et on lui donnera un lavement. La veille, on commencera à la constiper par l'opium avec régime lacté, et on pratiquera des irrigations vaginales et rectales pour nettoyer le mieux possible le champ opératoire.

En quoi consistera l'opération ?

A. **Lorsque la fistule est aisément accessible par le vagin, étant bas située et l'orifice vulvaire n'étant pas trop étroit,** on peut pratiquer l'opération par *voie vaginale.*

Une valve est introduite dans le vagin pour écarter en haut la paroi antérieure de celui-ci, et deux pinces sont appliquées sur la muqueuse vaginale de part et d'autre de la fistule pour abaisser et fixer celle-ci.

L'opération, comme pour les fistules vésico-vaginales, peut consister dans l'avivement simple suivi de suture, ou dans un dédoublement suivi de suture séparée du rectum et du vagin.

Procédé de l'avivement. — On incise la muqueuse vaginale autour de l'orifice, à une petite distance de celui-ci, puis on pratique une excision, en forme d'entonnoir à sommet rectal, de la petite collerette de muqueuse vaginale ainsi délimitée. On place ensuite des fils d'argent qu'on fait cheminer sous toute l'étendue de la surface cruentée pour déterminer un large accolement, mais san les faire pénétrer toutefois dans la lumière du rectum. Les fils étant d'abord tous posés, on les noue ensuite.

Procédé du dédoublement. — Faites une incision de 1 centimètre à 1cm,5 sur la muqueuse vaginale à chacune des extrémités du grand axe de l'ouverture fistuleuse, en réunissant ces deux incisions extrêmes par une incision circulaire autour de l'orifice. Grâce à cette incision, dédoublez la cloison recto-vaginale en séparant le vagin du rectum tout autour de l'orifice, sur une largeur de 1 à 2 centimètres.

Suturez alors l'orifice rectal, soit avec un fil de catgut en bourse placé autour de lui s'il est de petites dimensions, soit avec plusieurs points séparés de catgut; mais de toute manière placez vos fils dans l'épaisseur de la paroi rectale sans qu'ils perforent celle-ci ni qu'ils pénètrent dans la lumière du rectum.

Enfin suturez le vagin avec des fils d'argent que vous ferez passer à la base même des lambeaux décollés, de manière à les accoler largement et à ne pas laisser entre les parois vaginale et rectale d'espace vide.

Sänger, à l'opération ainsi conduite, a ajouté une suture complémentaire pour la muqueuse rectale, pratiquée à la fin de l'opération, en dilatant l'anus et en refoulant avec un doigt introduit dans le vagin la paroi antérieure du rectum à travers l'anus.

Signalons enfin que Fritsch et M. Le Dentu ont employé, pour la cure des fistules recto-vaginales par voie vaginale, des *procédés d'autoplastie par glissement*. Le procédé de ce dernier est très ingénieux, mais relativement assez compliqué.

B. **Lorsque la fistule est haut située, difficilement accessible par la voie vaginale, lorsque le vagin est étroit**, il faut opérer par la ***voie périnéale***. On peut, d'ailleurs, préférer celle-ci même dans les cas où la voie vaginale serait applicable.

On pratique une incision du bord du périnée et on décolle le vagin du rectum de bas en haut, absolument comme pour faire une périnéorraphie par dédoublement (Voy. *Périnéorraphie par dédoublement*, p. 573); on poursuit le décollement jusqu'au-dessus de la fistule. On ferme alors l'orifice rectal soit avec un point de catgut en bourse si l'orifice est petit, soit avec plusieurs points séparés de

catgut, en ayant soin que ces points ne soient pas perforants. On suture également l'orifice vaginal. Enfin, avec l'aiguille d'Emmet, on suture le périnée comme dans une périnéorraphie par dédoublement pour prolapsus ou déchirure.

Signalons encore le procédé de cure d'une fistule recto-vaginale par *abaissement de la paroi rectale*, de M. Segond. Après dilatation anale, on incise circulairement la muqueuse de l'anus un peu au-dessus de l'union de la muqueuse et de la peau; on dissèque circulairement aux ciseaux un manchon de muqueuse jusqu'au-dessus du bord supérieur du sphincter. Plus haut on poursuit la dissection en prenant non plus seulement la muqueuse, mais toute la paroi rectale, qu'on sépare du vagin. On continue ainsi jusqu'au-dessus de la fistule, jusqu'à ce qu'on puisse abaisser le bord supérieur de la fistule à l'anus. On sectionne au ras de l'anus le rectum abaissé, plus haut en avant qu'en arrière. On suture le rectum abaissé à la lèvre inférieure conservée de la muqueuse anale incisée. Enfin on avive l'orifice vaginal de la fistule, et on le suture. C'est, comparé aux autres, un procédé compliqué et de grande exception.

Soins consécutifs aux opérations pour fistules recto-vaginales. — Quel que soit le procédé employé, on mettra dans le vagin une mèche de gaze au peroxyde de zinc, qui sera retirée au bout de quarante-huit heures. L'opérée sera constipée pendant environ une semaine par l'administration quotidienne de cinq pilules de 1 centigramme d'extrait thébaïque, avec régime lacté. Au bout d'une semaine, une purgation et un lavement seront donnés.

Fistules entéro-vaginales.

Ces fistules, qui font communiquer avec le vagin une partie de l'intestin autre que le rectum, sont rares. Par le toucher rectal, le doigt ne peut arriver au contact d'un stylet introduit dans la fistule par le vagin; on les distingue ainsi des fistules recto-vaginales, et aussi par ce fait que, dans ces dernières, le liquide (lait, par exemple) injecté dans le rectum revient par le vagin.

Lorsqu'une fistule entéro-vaginale ne guérit pas spontanément ou par simple cautérisation au thermo ou au galvano cautère, on en fait l'**avivement** et la **suture**. S'il s'agit d'une large fistule où ces moyens simples ne suffisent pas, il faut pratiquer la **laparotomie**, décoller l'anse intestinale de ses adhérences, puis, suivant la disposition de la fistule, l'oblitérer par une suture intestinale soignée, ou bien réséquer la portion d'intestin où siège la fistule et faire une entérorraphie circulaire; on suture enfin l'orifice vaginal.

CHAPITRE VI

DÉPLACEMENTS GÉNITAUX

Déviations utérines : Rétrodéviations. Antéversion. Antéflexion. *Prolapsus génitaux :* Prolapsus vaginal. Prolapsus utérin. *Inversion utérine.*

PREMIÈRE CLASSE.

DÉVIATIONS UTÉRINES.

RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

La RÉTROVERSION (fig. 228) est une déviation caractérisée par la bascule du fond de l'utérus en arrière, ou en arrière et en bas, tandis

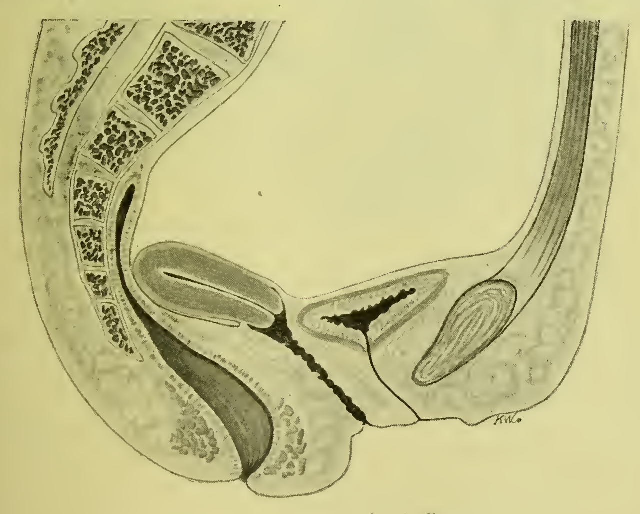


Fig. 228. — Rétroversion de l'utérus.

que le col basculant en sens inverse regarde en avant, ou même en avant et en haut. L'axe du col et celui du corps utérin gardent l'un vis-à-vis de l'autre leurs rapports normaux.

La RÉTROFLEXION (fig. 229) est caractérisée, elle aussi, par le déplacement du fond de l'utérus en arrière, ou en arrière et en bas, mais axec une inflexion du corps utérin sur le col qui garde son orientation normale, ou qui du moins n'a pas basculé en sens inverse du corps dans la même proportion : corps et col forment l'un avec l'autre un angle dont l'ouverture regarde en arrière et en bas.

Ces deux variétés de RÉTRODÉVIATIONS peuvent être réunies dans une commune étude.

Les rétrodéviations sont très fréquentes. Assez rarement congénitales, elles surviennent le plus souvent à la suite de l'accouchement



Fig. 229. — Rétroflexion de l'utérus.

ou de l'avortement, comme conséquence d'une involution utérine imparfaite : l'utérus, plus gros, plus lourd, bascule en arrière et se maintient dans sa position vicieuse grâce à la laxité anormale de ses ligaments. Peut-être une involution inégale de l'utérus, moins complète au niveau de sa paroi antérieure que de sa paroi postérieure, joue-t-elle aussi un rôle dans leur production. On les voit également survenir chez les femmes d'un certain âge comme conséquence du relâchement du périnée et des ligaments suspenseurs de l'utérus ; la rétroversion est alors souvent associée à un prolapsus plus ou moins accentué, qu'elle a précédé. Enfin certaines rétrodéviations sont *secondaires* et dues au déplacement de l'organe par une tumeur

(fibrome, kyste, etc.) ou par des adhérences qui le fixent en position vicieuse.

Une distinction importante, tant au point de vue symptomatologique qu'au point de vue thérapeutique, doit être établie entre les RÉTRODÉVIATIONS MOBILES ET PURES de toute lésion annexielle, et les RÉTRODÉVIATIONS ADHÉRENTES OU COMPLIQUÉES d'une affection des trompes ou des ovaires.

I. — Rétrodéviations mobiles et pures de lésion des annexes.

Bon nombre de rétroversions mobiles et pures ne déterminent aucun trouble, ou des troubles tellement insignifiants qu'elles restent ignorées et ne sont découvertes que par hasard, à l'occasion d'un examen gynécologique. On peut leur appliquer le traitement qui sera indiqué dans un instant. Mais, à vrai dire, il peut paraître inutile et excessif d'instituer, contre ces rétroversions latentes et parfaitement tolérées, un traitement chirurgical. Si donc l'intéressée ne veut ou ne peut, d'autre part, s'astreindre au port d'un pessaire, avec les soins de propreté et la surveillance médicale périodique qu'il implique tant que dure son application, on peut, à la rigueur, n'instituer dans ces cas aucune espèce de traitement. On recommandera seulement d'éviter les secousses et les exercices violents capables d'influencer fâcheusement les ligaments utérins (voyages en automobile sur de mauvaises routes, mal pavées, équitation, etc.). On conseillera le décubitus ventral, ou sur le côté en demi-pronation, et l'usage de lavements ou de laxatifs s'il en est besoin pour maintenir la régularité des selles.

On n'a même pas, le plus souvent, à redouter l'éventualité d'une grossesse. Dans l'immense majorité des cas, lorsque la femme devient enceinte, la rétrodéviation se réduit spontanément dans les premiers mois sous l'influence du développement même de l'utérus gravide. Ce n'est que dans des cas relativement rares, lorsqu'il existe une cause empêchant ou gênant la réduction spontanée (adhérences, tumeur, bassin rétréci avec excavation sacrée spacieuse et saillie marquée du promontoire), que l'on voit survenir les accidents (rétention d'urine, cystite, etc.) qui caractérisent la rétrodéviation de l'utérus gravide lorsqu'il y a incarcération.

On recommandera cependant à la femme, par mesure de précaution, d'avoir soin, si ses règles viennent à cesser, si quelque signe de grossesse apparaît, de se soumettre à une surveillance médicale dans le but de prévenir de tels accidents.

Si beaucoup de rétroversions mobiles pures sont parfaitement tolérées et n'exigent aucun traitement actif, beaucoup aussi, par contre, provoquent des troubles, légers le plus souvent, qui amènent les femmes à consulter et qui réclament un traitement. Ce sont de la pesanteur pelvienne, des douleurs lombaires, de la constipation, une sensation de malaise général et de lassitude, des troubles digestifs (dyspepsie) ou nerveux (pouvant aller jusqu'à la neurasthénie). Peu graves d'ordinaire, ces troubles peuvent être exagérés par le tempérament nerveux de certaines malades, ou par un certain degré de *métrite* qui accompagne souvent la déviation utérine. Les signes propres de la métrite (écoulements leuccorrhéiques, sanguins. etc.) peuvent d'ailleurs s'ajouter au tableau clinique.

Quel traitement alors instituer ?

Lorsqu'il y a de la métrite concomitante, on devra commencer par traiter celle-ci par les moyens appropriés (injections, pansements vaginaux ou utérins, curettage même).

De même, lorsque la déviation utérine est associée à un relâchement du plancher périnéal, le traitement ne devra pas viser seulement la déviation, mais son premier temps consistera à restaurer le périnée par une colpopérinéorraphie.

Ceci dit, quel traitement opposer à la rétrodéviation elle-même ?

Il y a deux modes de traitement :

1° ***Le port d'un pessaire*** après réduction de la déviation utérine ;

2° ***La fixation chirurgicale de l'utérus réduit***, ou ***hystéropexie*** (soit *directe*, soit *indirecte*).

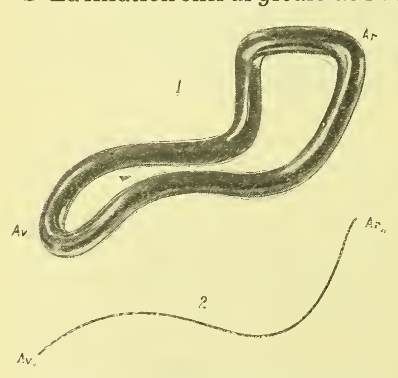


Fig. 230. — Pessaire de Hodge modifié. 1, le pessaire. — 2, profil de sa courbure. — *Av*, avant. — *Ar*, arrière.

On peut encore ajouter le ***massage***, utile non pas seulement dans les rétro-déviations adhérentes, comme nous le verrons plus loin, pour assouplir et relâcher les adhérences, mais même dans les rétrodéviations mobiles, en tonifiant les ligaments de l'utérus.

Port d'un pessaire. — Chez une femme ayant une rétrodéviation mobile et pure, avec des parois vaginales pas trop relâchées et un plancher périnéal suffisamment résistant, on peut maintenir corrigée la déviation utérine en appliquant un pessaire et en obte-

nir la guérison par le port suffisamment prolongé de celui-ci.

Le pessaire en usage est celui de Hodge (fig. 230) : sorte d'anneau en métal, ou mieux en caoutchouc durci, mais anneau irrégulier, allongé dans celle de ses dimensions qui doit répondre à la direction antéro-postérieure, et d'autre part un peu incurvé sur lui-même, de manière que celle de ses extrémités qu'on placera dans le cul-de-sac postérieur se relève un peu derrière l'utérus. Nous employons le pessaire de Hodge modifié par Bouilly (fig. 230) ; c'est un pessaire de

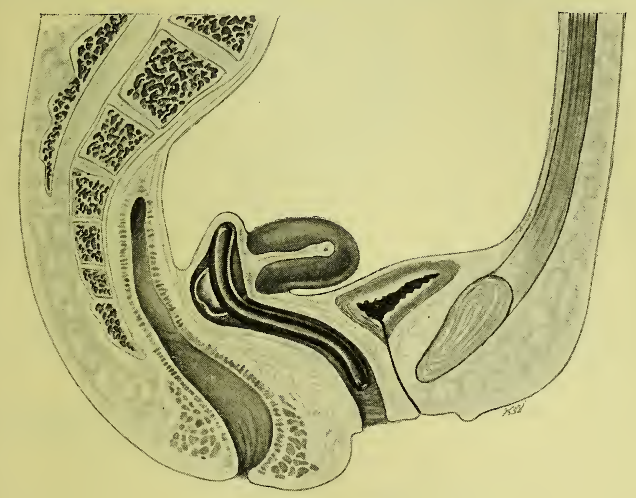


Fig. 231. — Pessaire en place, l'utérus réduit.

Hodge dont la partie postérieure est fortement relevée de manière à présenter un véritable dossier, et dont les branches sont écartées en arrière de manière que la partie postérieure de l'instrument se trouve sensiblement plus large que l'antérieure. Lorsque, l'utérus étant redressé, le pessaire est appliqué, celui-ci se maintient en distendant la paroi vaginale, principalement au niveau du cul-de sac postérieur, et sa partie postérieure relevée forme un dossier qui empêche l'utérus de basculer en arrière, tandis que sa partie antérieure prend appui derrière le pubis (fig. 231).

Application du pessaire. — Elle comprend deux temps : 1° le redressement de l'utérus (1) ; 2° le placement du pessaire.

(1) On a cherché à obtenir le redressement de rétrodéviations mobiles en faisant mettre la femme dans la *position genu-pectorale* (Voy. fig. 175) avec un spéculum ou une canule dans le vagin, permettant l'accès de l'air (l'action de la pression atmosphérique laisse alors libre jeu à celle de la pesanteur). La femme se mettant régulièrement chaque jour dans cette

Pour opérer le **redressement digital de l'utérus**, la vessie étant préalablement évacuée, on introduit index et médius dans le vagin, derrière le col, au niveau du cul-de-sac postérieur, et avec ces deux doigts on presse sur la face postérieure du corps utérin, de manière à refouler celui-ci en haut et en avant (fig. 232). L'autre main, placée sur la paroi abdominale, guette le contact du fond de l'utérus avec la paroi hypogastrique, qui établira que l'utérus est redressé en attitude normale. Les auteurs parlent même d'accrocher avec la main abdominale le fond de l'utérus pour parachever la réduction. Ce conseil, si l'on n'emploie pas l'anesthésie, semble plus théorique qu'aisé à mettre en pratique, à moins de paroi abdominale particulièrement mince et lâche ; avec une paroi d'épaisseur et de tonicité normales, à plus forte raison avec une paroi adipeuse ou se contractant, on ne saurait compter toujours y réussir. Il est vrai que certains auteurs recommandent l'anesthésie pour réduire l'utérus. J'estime que, dans les rétrodéviations mobiles et pures, seuls cas que j'envisage ici et auxquels doive s'appliquer la réduction telle que je la décris, l'anesthésie est le plus souvent inutile. Lorsque l'utérus est redressé, de la manière que je viens d'indiquer, l'index et le médius peuvent, quittant le cul-de-sac postérieur, achever la réduction en venant appuyer sur la face antérieure du col, qu'ils repoussent en arrière.

On peut encore opérer la **réduction avec l'hystéromètre**, particulièrement quand on éprouve autrement quelque difficulté. Mais, vu la prudence avec laquelle on doit se servir d'un instrument qui, introduit dans l'utérus, peut interrompre une grossesse commençante, on aura soin alors de choisir un moment où la femme vient d'avoir ses règles, en ne se fiant d'ailleurs pas à cet égard à ses dires, en raison du peu de créance à donner aux renseignements fournis par les femmes et de la fréquence avec laquelle certaines cherchent à tromper le médecin et à se faire explorer l'utérus dans l'espoir de mettre fin à une grossesse redoutée. La réduction s'opère de la manière suivante : un spéculum introduit dans le vagin et découvrant l'orifice du col, on fait pénétrer doucement dans l'utérus un hystéromètre dont la concavité (exagérée s'il y a lieu, en cas de rétroflexion) est tournée en arrière. L'instrument introduit, on retire le spéculum. On retourne alors l'hystéromètre avec douceur en faisant décrire au manche un assez ample mouvement de circum-

position matin et soir, pendant une dizaine de minutes, l'utérus se redresse et pourrait finir par se maintenir redressé. Ce mode de traitement a été surtout employé dans la rétrodéviation de l'utérus gravide. Mais lorsqu'on veut redresser l'utérus pour appliquer un pessaire, on procède à sa *réduction digitale*.

duction, de manière à ramener sa concavité en avant, et on abaisse

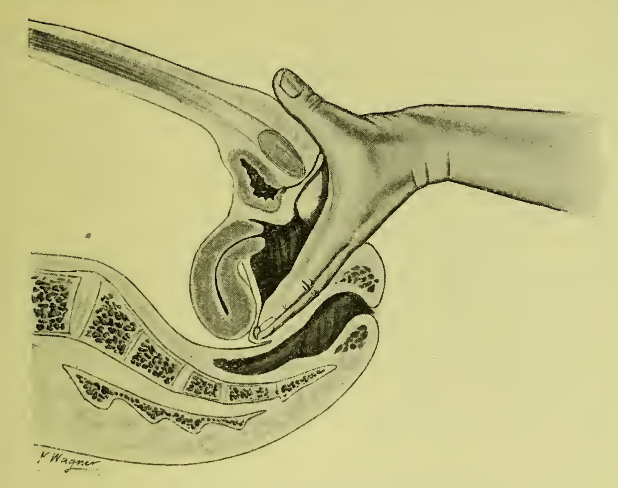


Fig. 232. — Réduction digitale d'une rétrodéviation.

son manche, c'est-à-dire qu'on le porte en arrière vers la fourchette, de façon à ramener l'utérus en avant (fig. 233), pendant que deux doigts de

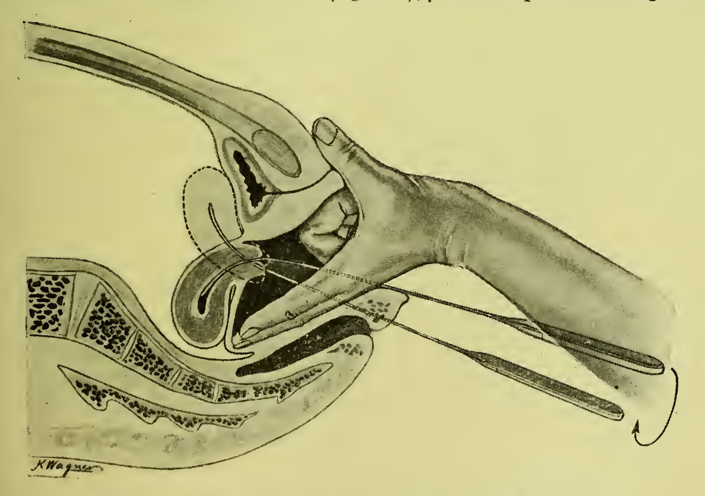


Fig. 233. — Réduction d'une rétrodéviation avec l'hystéromètre.

l'autre main, index et médius, pressant dans le cul-de-sac postérieur du vagin sur la face postérieure de l'utérus, cherchent à le refouler et

coopèrent au mouvement de réduction. Ces manœuvres doivent être exécutées sans violence.

Plutôt que d'user de la moindre violence, mieux vaut, si on éprouve quelque difficulté, si l'on a affaire à une rétroflexion accentuée par exemple, faire précéder le redressement de l'utérus d'une dilatation avec une laminaire qui assouplit les tissus, ou de l'introduction de bougies métalliques avec lesquelles on chercherait d'abord à transformer momentanément la rétroflexion en rétroversion.

On maintient l'utérus redressé en procédant immédiatement à la **mise en place d'un pessaire de Hodge.** Celui-ci est choisi de dimension appropriée à l'amplitude du vagin : ordinairement ce sont les nos 5 ou 6 qui conviennent ; avec un vagin un peu ample, le no 7 ou même 8 peut être nécessaire. Le pessaire, bien nettoyé, lavé dans une solution antiseptique, bien enduit de vaseline stérile, est présenté à l'orifice vulvaire par celle de ses extrémités qui doit se loger en arrière, dans le cul-de-sac postérieur ; si la réduction de l'utérus a été faite avec l'hystéromètre, on a soin d'enfiler en quelque sorte le pessaire sur le manche de l'hystéromètre, de manière que celui-ci passe à l'intérieur de l'anneau. On introduit alors le pessaire dans l'orifice vulvaire dont on écarte les lèvres, en l'orientant non pas comme il doit être appliqué une fois dans le vagin, mais dans une direction perpendiculaire, dans le sens même de la fente vulvaire. L'extrémité postérieure du pessaire ayant ainsi pénétré dans le vagin, on le fait tourner d'un quart de cercle pour l'orienter convenablement dans la situation qu'il doit occuper, et on pousse son extrémité postérieure derrière le col, au fond du cul-de-sac postérieur. Son extrémité antérieure doit venir reposer derrière le pubis. Le doigt vérifie que l'utérus est en bonne position et que le pessaire est bien placé (fig. 231). On retire l'hystéromètre si on s'en était servi.

Soins que nécessite le port d'un pessaire. — Le port d'un pessaire nécessite certains soins dont la négligence peut devenir à la longue une source d'accidents. La femme doit pratiquer des injections vaginales quotidiennes, matin et soir. Elle se soumettra une fois par mois à une visite du médecin, qui vérifiera que l'utérus reste bien redressé et le pessaire bien en place, et qui enlèvera celui-ci, le nettoiera dans une solution antiseptique et le replacera ensuite.

Le port du pessaire n'empêche pas les rapports sexuels.

Accidents causés par le port négligent des pessaires. — Faute des soins de propreté indispensables, les pessaires finissent par s'incruster et peuvent déterminer de la vaginite, des écoulements purulents et fétides, des ulcérations du vagin ; on a même vu des

fistules recto-vaginales ou urinaires. L'inflammation peut aussi gagner l'utérus.

A vrai dire, ces accidents, moins exceptionnels lorsque le pessaire indiqué par un prolapsus doit être porté indéfiniment, sont moins à craindre lorsque le pessaire est indiqué par une rétrodéviation et ne doit être porté que quelques mois ou un an, à moins d'une négligence exagérée.

Les précautions que nous avons énoncées suffisent à les éviter.

Résultats du port du pessaire. — Le pessaire de Hodge appliqué sur l'utérus réduit maintient le redressement de l'organe et fait généralement disparaître les pesanteurs, les sensations douloureuses dans le bassin, les troubles que causait la déviation. Mais il y a plus : le port suffisamment prolongé du pessaire — la femme doit le porter pendant six mois à un an au moins — amène souvent la guérison de la déviation, de sorte qu'au bout de quelques mois il peut être définitivement enlevé sans que la rétrodéviation se reproduise.

Contre-indications du pessaire. — Chez certaines femmes, le pessaire ne peut être employé ; il ne tient pas en place, parce que le périnée est relâché : il faut d'abord restaurer celui-ci par une colpopérinéorraphie.

Chez quelques autres, le pessaire ne peut être supporté ; il provoque de la douleur. Souvent alors il s'agit de cas où à la rétrodéviation s'ajoute une lésion annexielle, un ovaire scléro-kystique, par exemple, ou de la salpingite. En pareil cas, le pessaire est contre-indiqué.

En résumé, le pessaire est un excellent moyen de traitement des rétrodéviations mobiles et pures, et qui suffit habituellement à amener leur guérison. Mais il ne peut être employé que si le plancher périnéal est suffisamment résistant, et il est contre-indiqué lorsqu'il existe une lésion annexielle.

Fixation chirurgicale de l'utérus ou hystéropexie. — Aux femmes chez lesquelles le pessaire ne peut être supporté ou est contre-indiqué, à celles qui, pour des raisons diverses (position sociale, conditions d'existence, etc.), ne peuvent guère s'astreindre aux soins et à la surveillance médicale que comporte le port d'un pessaire, s'adresse un autre mode de traitement : la fixation chirurgicale de l'utérus ou hystéropexie. Examinons successivement : 1° les diverses grandes méthodes d'hystéropexie, avec la description de quelques-uns des procédés ; 2° la critique de ces méthodes et le choix à établir entre elles.

Exposé des diverses méthodes d'hystéropexie. — Les hystéropexies se divisent en deux grandes classes : 1° les hystéropexies

INDIRECTES OU MÉDIATES, OU LIGAMENTAIRES, autrement dit celles dans lesquelles on cherche à fixer l'utérus en agissant sur ses ligaments; 2° les HYSTÉROPEXIES DIRECTES OU IMMÉDIATES, ou hystéropexies proprement dites), c'est-à-dire celles qui ont pour objet de passer des fils dans la paroi utérine elle-même pour la fixer soit à la paroi abdominale, soit au vagin.

1° *Hystéropexies indirectes ou ligamentaires.* — Des procédés opératoires, proposés et pratiqués par divers auteurs, et qui étaient basés sur le RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS LARGES, ou sur le RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS, ne sont pas entrés dans la pratique. Seul le RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS, soit par voie extrapéritonéale, soit par voie intrapéritonéale, doit être ici décrit.

Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds (opération d'Alquié-Alexander-Adams). — Cette opération, inventée par Alquié (de Montpellier) en 1840, a été réinventée simultanément et séparément en 1881 par les chirurgiens anglais Alexander et Adams, à la suite desquels elle s'est répandue.

En cas de flexion marquée de l'utérus, il est bon de faire précéder l'opération d'une dilatation utérine avec les laminaires, qui assouplisse l'utérus et le redresse. On conseille généralement, d'autre part, de faire précéder l'opération du curettage contre la métrite qui souvent accompagne la déviation.

L'opération d'Alquié-Alexander comprend trois temps:

PREMIER TEMPS : DÉCOUVERTE DES LIGAMENTS RONDS. — Recherchez l'épine du pubis. A partir d'elle, incisez les téguments sur une longueur de plusieurs centimètres, suivant la direction du canal inguinal, jusqu'à l'aponévrose. En vous repérant sur l'épine pubienne et sur l'aponévrose du grand oblique mise à nu, vous trouvez sans peine l'orifice inguinal.

Au lieu de vous évertuer alors à chercher, comme dans le procédé primitif, — et souvent avec beaucoup de peine, — au niveau dudit orifice inguinal le ligament rond, qui à ce niveau éparpille ses fibres et devient difficile à trouver, mieux vaut franchement inciser l'aponévrose du grand oblique, et vous trouvez alors facilement dans le canal inguinal le ligament rond qui là forme un cordon cylindrique. Dégagez-le avec la sonde cannelée de ses connexions, et saisissez-le dans une pince (fig. 234).

Faites-en autant successivement du côté droit et du côté gauche.

DEUXIÈME TEMPS : LIBÉRATION DES LIGAMENTS ET REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS. — Les ligaments étant bien repérés et saisis chacun dans une pince, tirez sur eux et, grâce à cette traction, amenez de proche en proche les parties de plus en plus profondes de ces ligaments,

que vous disséquez et isolez, au fur et à mesure, de leurs connexions. Pendant ce temps, un aide, introduisant deux doigts dans le vagin, redressera l'utérus (on peut même mettre dans l'utérus un hystéromètre redresseur). Dégagez les ligaments ronds et tirez-les également des deux côtés jusqu'à ce qu'on sente le fond de l'utérus redressé

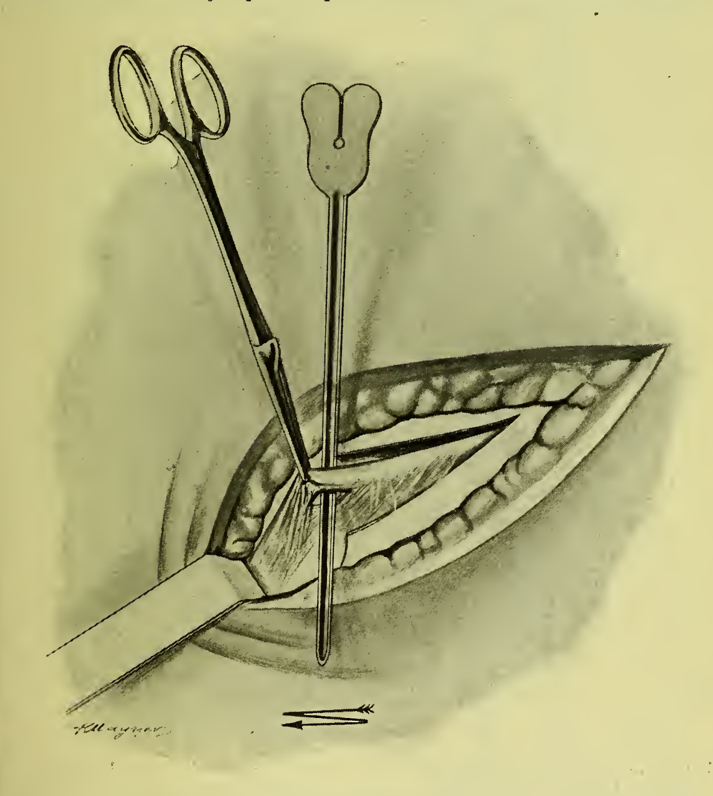


Fig. 234. — Opération d'Alquié-Alexander. — Découverte du ligament rond, après incision de l'aponévrose du grand oblique, et dégagement à la sonde cannelée.

à la région sus-pubienne (1). Il peut arriver que, en tirant ainsi, on attire la séreuse qui entoure la partie péritonéale du ligament rond : on peut, suivant le conseil de Duplay, mettre sur la partie la plus profonde du ligament ainsi attiré une ligature au catgut, qui, au cas où un cul-de-sac séreux aurait été entraîné, fermerait ce cul-de-sac.

(1) Il arrive quelquefois, dans cette traction sur les ligaments, qu'on les casse.

Troisième temps : fixation des ligaments et suture des incisions. — Faites passer dans la partie la plus reculée de chaque ligament qui a été attirée dans le canal inguinal trois points séparés de soie, que vous ferez passer d'autre part dans l'aponévrose du grand oblique, de manière à fixer le ligament à celle-ci.

Réséquez alors toute la partie du ligament qui reste flottante au-

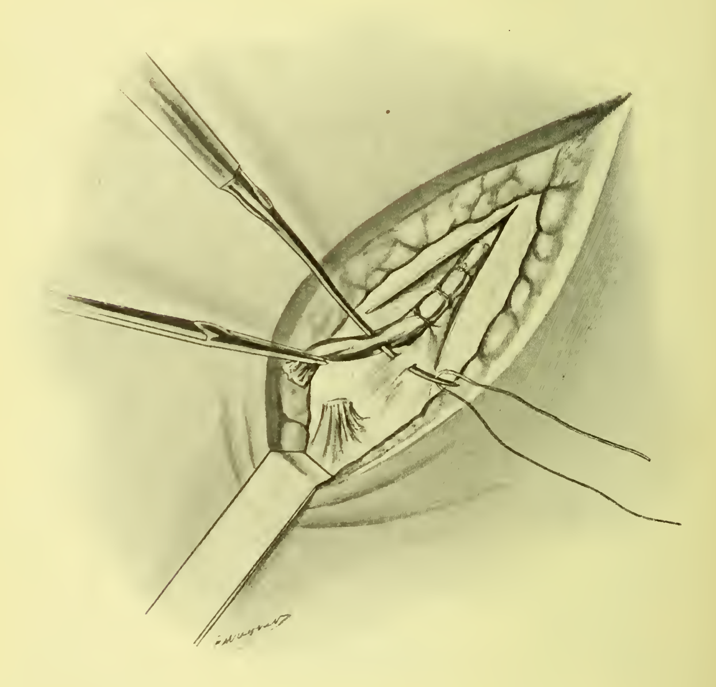


Fig. 235. — Opération d'Alquié-Alexander. — Suture du ligament rond. — Il convient, contrairement à ce qui est représenté ici, où le ligament rond est suturé aux plans profonds du canal inguinal, de le suturer à l'aponévrose du grand oblique.

dessous des sutures et désormais inutile. Suturez l'aponévrose et l'incision des téguments, sans drainage.

Alexander maintenait l'utérus, durant la convalescence, avec un pessaire de Hodge et un pessaire à tige intra-utérine. Il y a avantage à maintenir l'utérus, sinon avec un pessaire, du moins avec un tamponnement vaginal.

L'opérée peut se lever au bout de trois semaines à un mois.

En cas de relâchement du périnée, il faut associer à l'opération d'Alexander la colpopérinéorraphie.

L'opération d'Alquié-Alexander, bénigne, a donné, à ceux qui l'ont employée, dans les rétrodéviations non adhérentes et pures, d'excellents résultats non seulement immédiats, mais définitifs. D'autre part, elle n'a pas donné lieu, dans les grossesses et accouchements survenus après elle, aux accidents qu'on a trop souvent observés à la suite des hystéropexies directes (Voy. plus loin). Elle est peut-être un peu trop délaissée, aujourd'hui qu'on ouvre plus facilement le péritoine et qu'on lui préfère en général le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds.

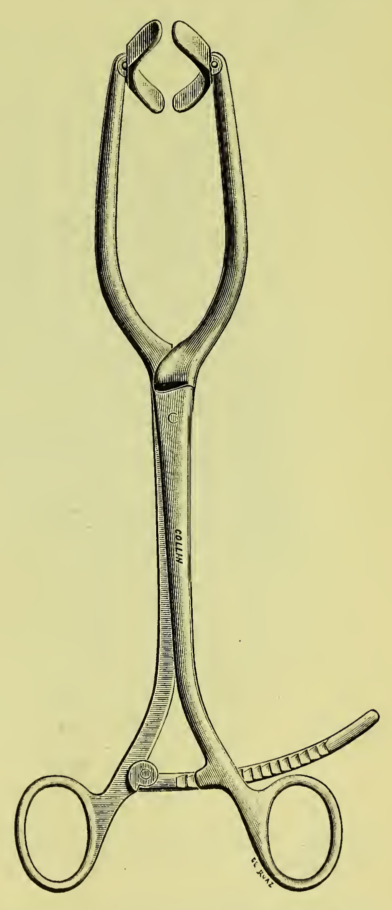


Fig. 236. — Pince à traction de l'utérus de Collin, pour saisir le corps utérin dans les laparotomies, sans le blesser.

Raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds. — Le procédé le plus en faveur est le PROCÉDÉ DE DOLÉRIS, souvent désigné sous le nom de LIGAMENTOPEXIE.

Une première technique (Doléris, Richelot) consiste en ceci : laparotomie et redressement de l'utérus, qu'on peut maintenir saisi avec la pince de Collin (fig. 236) ou avec l'hystérolabe de Dartigues ; les ligaments ronds, attirés chacun avec une pince dans la partie externe de leur trajet péritonéal, sont amenés au contact de la paroi abdominale antérieure. Plusieurs fils sont alors posés de bas en haut (fig. 237), qui passent d'abord dans une des lèvres de la paroi abdominale (aponévrose, muscle et péritoine pariétal), puis dans le ligament rond correspondant, enfin dans le ligament rond du côté opposé et dans

l'autre lèvre de la paroi abdominale. En serrant ces fils, on ferme la paroi en même temps qu'on détermine un raccourcissement des ligaments ronds par plicature de leur partie externe appliquée contre la paroi abdominale.

Il existe un DEUXIÈME PROCÉDÉ DE DOLÉRIS, AVEC INCLUSION PARIÉTALE DES LIGAMENTS RONDS : c'est celui auquel je donne la préférence. Le

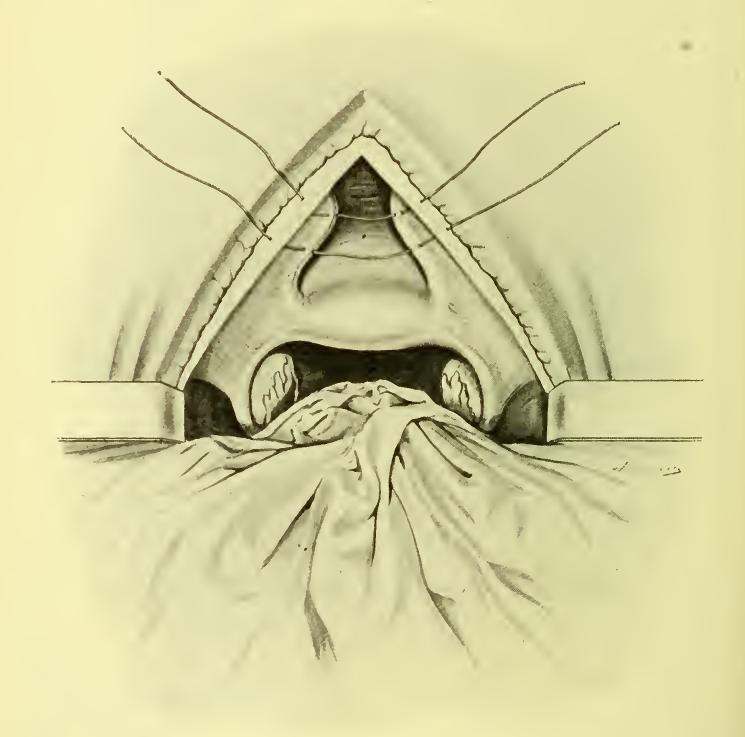


Fig. 237. — Raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds : premier procédé de Doléris. Le ventre est vu ici, la femme étant supposée en position de Trendelenburg.

ventre ouvert, l'utérus étant redressé et au besoin solidement saisi dans la pince de Collin (fig. 236), faites dans la paroi abdominale (aponévrose, muscle et péritoine pariétal), de chaque côté de l'incision médiane, en la ponctionnant au bistouri, une petite boutonnière à travers laquelle vous attirerez avec une pince un pli du ligament rond correspondant (fig. 238). Fixez ce pli du ligament rond à sa base, à droite comme à gauche, au plan musculo-aponévro-

tique de la paroi abdominale. Enfin, après avoir fait la suture de ce plan musculo-aponévrotique, rabattez par-dessus celui-ci, au contact l'un de l'autre sur la ligne médiane, les plis des ligaments



Fig. 238. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds : deuxième procédé de Doléris (avec inclusion intrapariétale des ligaments).

Un pli du ligament rond est attiré de chaque côté avec une pince à travers une petite boutonnière faite à la paroi abdominale. Femme vue en position de Trendelenburg.

ronds qui émergent de la paroi, et suturez-les l'un à l'autre sur la ligne médiane (fig. 239).

Doléris fait porter un pessaire pendant deux mois après l'opération.

Signalons encore le PROCÉDÉ DE BALDY ET DE DARTIGUES. Après laparotomie, on transfixe d'arrière en avant chacun des ligaments larges au-dessous de la trompe, avec une pince qui va saisir le ligament rond correspondant et en attire un pli à travers le ligament large

jusque derrière l'utérus. Les plis ainsi formés sur les ligaments ronds droit et gauche sont alors suturés l'un à l'autre (fig. 240), de manière à former sur la face postérieure de l'utérus une sorte de

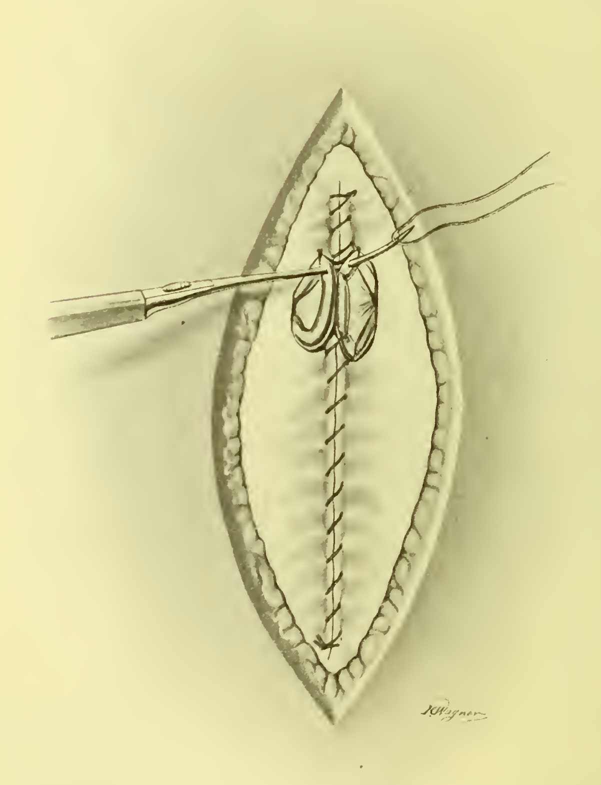


Fig. 239. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds : deuxième procédé de Doléris.

Les plis des deux ligaments ronds inclus dans la paroi sont suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane.

sangle qui l'empêche de basculer en arrière. Ce procédé est assez séduisant comme moyen de fixation, mais je me demande si, en cas de grossesse, cette sangle ne serait pas capable d'enserrer l'utérus et de gêner son développement.

2° ***Hystéropexies directes ou proprement dites.*** — Je ne décrirai pas l'**hystéropexie vaginale** (OU VAGINO-FIXATION, OU COLPO-HYSTÉROPEXIE), qui consiste, après incision sur la paroi antérieure du vagin et décollement de la vessie de la face antérieure du vagin et

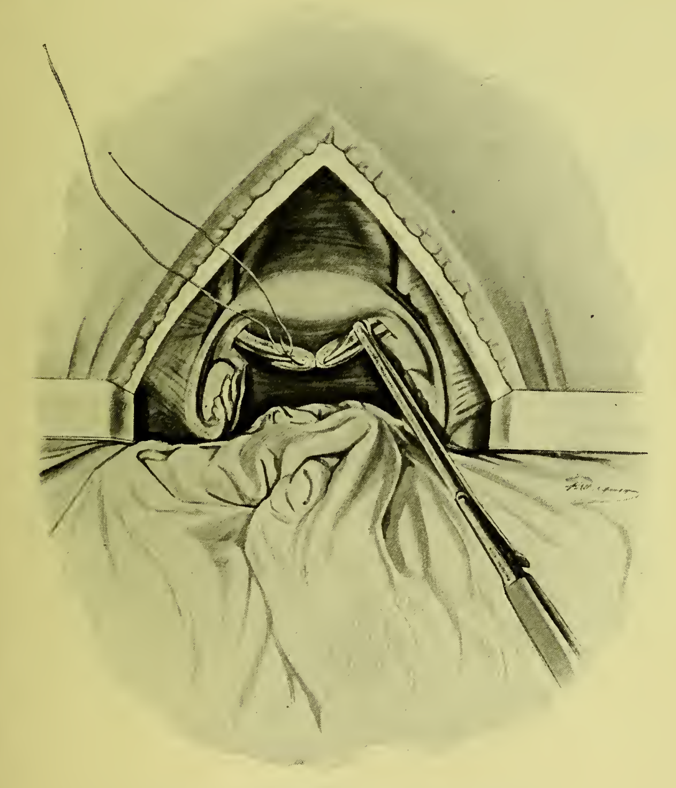


Fig. 240. — Procédé de Baldy et de Dartigues.

Les ligaments ronds, attirés à travers une boutonnière faite dans les ligaments larges, sont suturés l'un à l'autre derrière l'utérus. — Ventre vu la femme étant en position de Trendelenburg.

de l'utérus, à fixer la paroi antérieure de l'utérus à la paroi antérieure du vagin. Si les PROCÉDÉS DE MACKENRODT, DE DUHRSSEN, DE LE DENTU et PICHEVIN ont eu leur heure de vogue, cette opération paraît aujourd'hui bien abandonnée, et j'estime qu'*elle doit être complètement rejetée*, en raison surtout des accidents sérieux qu'elle a

trop souvent entraînés dans les grossesses et les accouchements survenus à sa suite (Voy. plus loin).

Je décrirai donc seulement l'**hystéropexie abdominale** (ou VENTRO-FIXATION). De nombreux procédés opératoires ont été proposés ; bornons-nous aux suivants, qui me semblent les meilleurs.

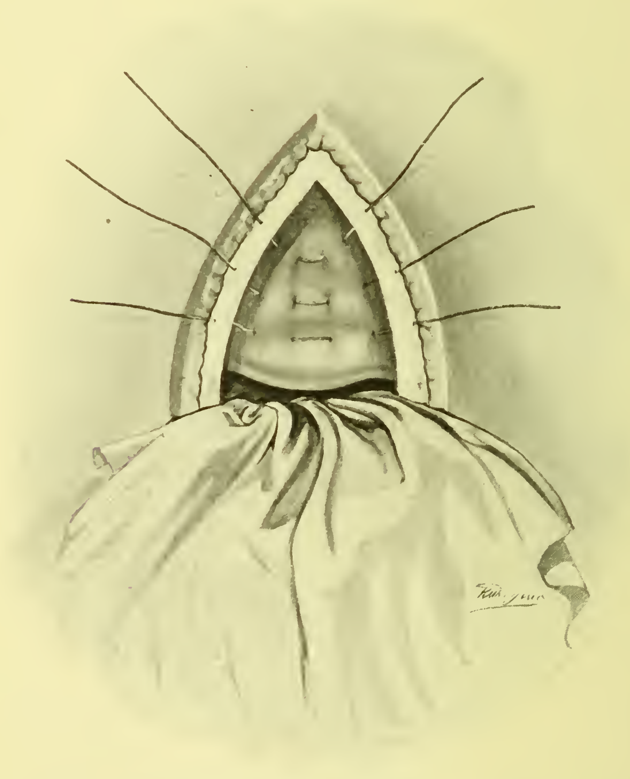


Fig. 241. — Hystéropexie abdominale, procédé de Terrier. — Nous conseillons de ne mettre des fils, en pratique, que *près de l'isthme.*

PROCÉDÉ DE TERRIER. — Faites la laparotomie. Examinez les annexes, en pratiquant une ablation, s'il y a lieu, au cas où elles seraient malades ; redressez l'utérus et amenez-le au contact de la paroi abdominale, après l'avoir libéré de ses adhérences, s'il y en a (car l'opération s'applique aussi, je le dirai plus loin, aux rétrodéviations adhérentes).

Traversez avec une soie (Terrier employait un gros catgut) toute l'épaisseur de la lèvre gauche de l'incision de la paroi abdominale, sauf la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; puis *faufilez* cette soie superficiellement dans le tissu utérin, à peu près à l'union du col

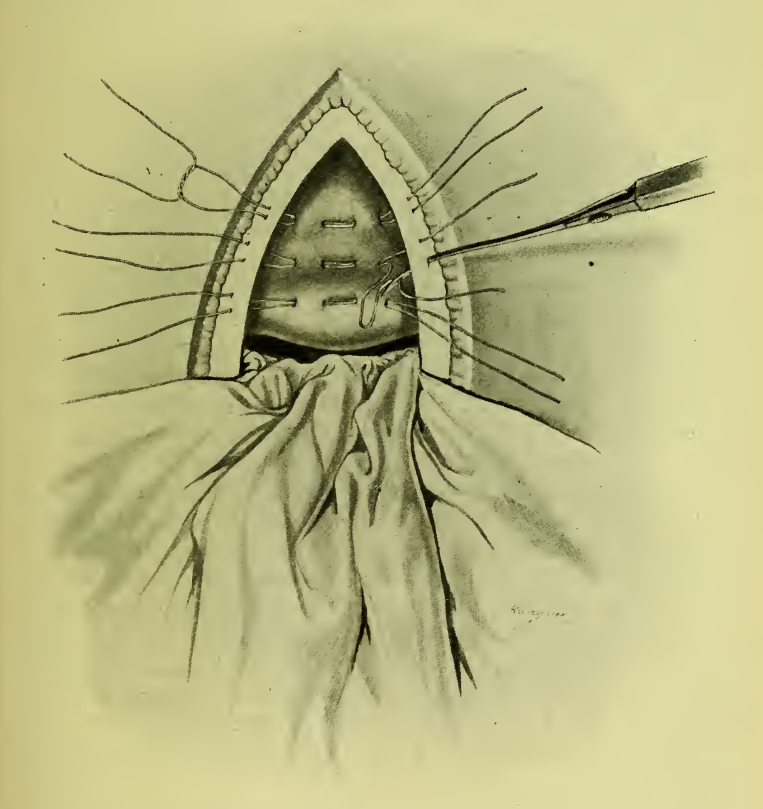


Fig. 242. — Hystéropexie abdominale : procédé de Legueu.

et du corps, c'est-à-dire conduisez votre fil de gauche à droite dans le tissu utérin, en le faisant alternativement sortir puis rentrer (fig. 241), de manière que le fil ne soit pas entièrement caché dans le tissu utérin, mais soit par endroits à découvert sur la face antérieure de l'utérus (Terrier pensait ainsi favoriser la production des adhérences); enfin traversez avec ce même fil toute l'épaisseur de la lèvre droite de l'incision abdominale, moins la peau et le tissu cel-

lulaire. Repérez avec une pince à forcipressure chacun des bouts du fil.

Placez de même deux autres fils au-dessus du premier, *mais toujours très bas sur l'utérus, au voisinage de l'isthme, et à une bonne distance au-dessous de l'insertion des ligaments ronds* (nous verrons tout à l'heure pourquoi je recommande cette précaution) ; repérez-les de même avec des pinces.

Les fils placés, serrez-les de manière à appliquer l'utérus contre la paroi abdominale et suturez la paroi.

Procédé de Legueu. — C'est le procédé de choix. Faites la laparotomie; mobilisez et redressez l'utérus. Ayez, préparés d'avance, trois fils de forte soie d'une longueur d'au moins 70 centimètres. Traversez avec une aiguille de gauche à droite la face antérieure de l'utérus à une bonne distance au-dessous de son fond (et au-dessous de l'insertion des ligaments ronds), et introduisez dans le chas de l'aiguille l'anse d'un des fils plié en deux en son milieu. Le fil passé dans la paroi utérine, coupez l'anse du fil : vous avez ainsi en réalité deux fils passés dans un même trajet utérin ; repérez-en les deux chefs tant à droite qu'à gauche. Placez de la même manière deux autres fils semblables sur la face antérieure de l'utérus, au-dessous du premier, et coupez de même leur anse (fig. 242).

Vous avez ainsi trois doubles fils étagés avec lesquels vous allez fixer l'utérus à la paroi de la manière suivante. Prenez d'abord le double fil le plus élevé, composé lui-même de deux fils que nous appellerons supérieur et inférieur : faites passer le fil supérieur à travers l'épaisseur de la paroi abdominale (moins la peau et le tissu cellulaire sous-cutané), tant à droite qu'à gauche de l'incision; faites passer de même le fil inférieur à travers la paroi abdominale, mais à 1 centimètre plus bas ; nouez alors ensemble le fil supérieur et le fil inférieur, tant à droite qu'à gauche (fig. 242).

Répétez la même chose pour chacun des deux autres doubles fils placés plus bas.

Finalement suturez la paroi abdominale.

L'avantage de ce procédé est que les fils qui fixent l'utérus n'exercent pas de constriction sur la partie de la paroi utérine qu'ils traversent.

Il est bon, d'après bien des chirurgiens, de placer un pessaire de Hodge dans le vagin pendant un mois, ou de faire un tamponnement du vagin pour soulager les sutures.

Critique des hystéropexies et choix d'une méthode. — Le raccourcissement, soit extrapéritonéal, soit intrapéritonéal, des ligaments ronds donne, dans les rétrodéviations mobiles et pures,

d'excellents résultats thérapeutiques : lorsque les troubles dont se plaignent les malades sont bien dus à la rétrodéviation seule, ils cessent après l'opération, et, d'autre part, la fixation de l'utérus en bonne position persiste ordinairement; les récidives de la déviation à plus ou moins longue échéance sont assez rares.

On en peut dire autant des hystéropexies directes, et l'on conçoit même que la fixation portant immédiatement sur la paroi utérine elle-même offre, au point de vue de la solidité et de la persistance définitive du résultat, des garanties encore plus sûres.

Malheureusement une fixation large et solide de la paroi utérine n'est pas sans entraîner des inconvénients, des troubles parfois fort graves en cas de grossesses et d'accouchements ultérieurs. Si l'on peut impunément fixer solidement des organes comme le rein, le foie, qui dans leur fonctionnement ne subissent que des modifications de volume et des excursions topographiques peu étendues, il ne saurait en être de même d'un organe comme l'utérus, appelé de par son fonctionnement physiologique même à subir, lors de la gravidité, une ampliation considérable et un changement très étendu dans sa situation et ses rapports : il est bien évident qu'une fixation solide et un peu large d'un tel organe gênera son ampliation et entraînera des troubles. Il y a un tel intérêt pratique à ne pas le perdre de vue que je crois devoir dire un mot de ces suites obstétricales des hystéropexies.

Troubles de la grossesse et de l'accouchement causés par les hystéropexies directes. — Dans la majorité des cas de grossesse et d'accouchement survenant après les hystéropexies directes, il n'y a pas d'accidents, ou que des troubles insignifiants.

D'autres fois, cependant, surviennent des accidents directement imputables à l'hystéropexie. Divers facteurs influent sur leur apparition : la SOLIDITÉ DES ADHÉRENCES, leur ÉTENDUE; une hystéropexie fixant l'utérus sur une grande partie de sa surface par de multiples fils superposés entraîne plus de risques que celle qui fixe une zone limitée par un ou deux fils seulement. Mais le facteur le plus important est le SIÈGE DE LA FIXATION : les fixations du fond de l'utérus, surtout celles qui le fixent très bas sur la paroi abdominale, ou à la paroi antérieure du vagin (hystéropexie vaginale), sont les plus dangereuses.

D'une part, l'utérus est alors en antéversion ou antéflexion exagérée, qui dévie son axe. D'autre part, sa paroi antérieure et son fond, fixés sur une plus ou moins large surface, et par là même entravés dans leur expansion gravidique, restent épais et forment une sorte de tumeur pelvienne qui obstrue partiellement le détroit supérieur

(Oui). De cette double cause dépendent le retard fréquent de l'engagement, qui n'a lieu parfois qu'à un moment plus ou moins avancé du travail, et la fréquence relative des présentations vicieuses, notamment celle de l'épaule. Enfin, le fond et la paroi antérieure de l'organe fixés ne pouvant guère subir d'ampliation, l'utérus se développe irrégulièrement aux dépens surtout de sa paroi postérieure libre, qui s'étend à l'excès, s'amincit (d'où rupture possible), et qui se développe au point de former la plus grande partie de la paroi du sac utérin gravide (fig. 243) : c'est ainsi que le fond de celui-ci et même une partie de sa face antérieure peuvent être constitués aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus, et qu'on a vu, dans des opérations césariennes, l'incision qui avait attaqué l'organe en avant se trouver reportée, après évacuation et rétraction de l'utérus, sur sa face postérieure. Cet étirement de la paroi postérieure de l'utérus a encore pour conséquence la déviation du col, fortement attiré en haut et en arrière, reporté au niveau du promontoire ou même plus haut, et difficile à atteindre sur le versant postérieur du segment inférieur (fig. 243), tandis que la partie antérieure de celui-ci, repoussée par la partie fœtale, constitue une dilatation sacciforme qui, jointe à la déviation du col, entraîne des difficultés pour l'accouchement.

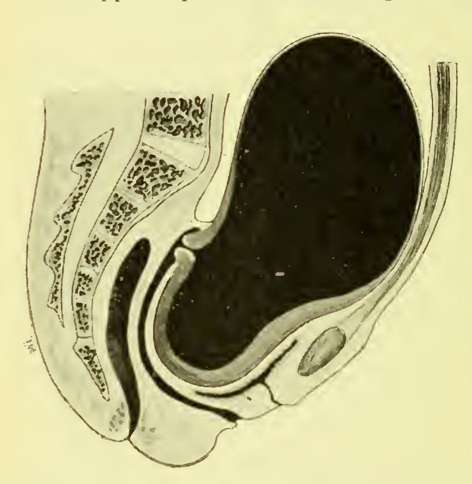


Fig. 243. — Développement extrême et amincissement de la paroi postérieure de l'utérus gravide, et déviation du col attiré en arrière et en haut, après une hystéropexie (d'après Strassmann).

Ces notions expliquent les accidents obstétricaux résultant des hystéropexies. C'est d'abord une fréquence relative des avortements ou des accouchements prématurés; le rôle de l'hystéropexie ressort, mieux encore que des statistiques, de certains faits comme celui de Gottschalk : chez une femme qui, après une hystéropexie, eut deux fausses couches, celui-ci fit la dilacération manuelle des adhérences sous chloroforme; une troisième grossesse se produisit ensuite et alla

à terme. Pendant la grossesse, on observe assez souvent des douleurs par tiraillement, au niveau des adhérences ; parfois des hémorragies, le tiraillement des adhérences sur l'utérus entraînant sans doute des décollements placentaires; quelquefois des troubles vésicaux après les hystéropexies vaginales ; enfin assez fréquemment des présentations vicieuses, particulièrement celle de l'épaule, plus fréquente encore après l'hystéropexie vaginale qu'après l'abdominale.

Pendant l'accouchement, on peut noter du retard de l'engagement, une dépression de la cicatrice abdominale au moment des contractions utérines, parfois des douleurs. L'inertie utérine n'est pas rare et motive des interventions d'extraction. La rupture prématurée des membranes est favorisée par l'élévation de la partie fœtale, par les présentations vicieuses. Enfin surtout, il y a cette dystocie, assez rare mais très sérieuse, due à la déviation du col situé en arrière et très haut : la difficulté de l'atteindre rend malaisée ou impossible l'introduction d'un ballon dans l'utérus ; la rupture des membranes, l'œdème et la rigidité du col viennent fréquemment aggraver la situation, souvent compliquée d'une présentation vicieuse, et d'autant plus inquiétante que l'amincissement de l'utérus crée une menace de rupture. L'opération de choix dans cette grave dystocie est l'opération césarienne.

Enfin on peut voir des hémorragies de la délivrance ; Guérard, dans un cas, ne put les maîtriser que par la destruction des adhérences après laparotomie. La rétraction utérine peut, en effet, être gênée par celles-ci, et l'on note parfois de la subinvolution utérine dans les suites de couches.

A ce tableau des accidents obstétricaux que peut entraîner l'hystéropexie directe, il convient d'opposer l'absence d'accidents à la suite du raccourcissement des ligaments ronds ; on n'a signalé que des tiraillements au niveau des cicatrices dans la deuxième moitié de la grossesse, après l'opération d'Alquié-Alexander, troubles en somme insignifiants, mais pas d'accidents graves comme après les hystéropexies directes.

Aussi conclurai-je tout d'abord que l'hystéropexie vaginale, qui entraîne des conséquences obstétricales encore plus fréquemment graves que l'hystéropexie abdominale, doit être complètement abandonnée.

L'hystéropexie abdominale ne sera elle-même pratiquée qu'avec beaucoup de prudence, en veillant à ne pas placer de fil sur le fond de l'utérus, mais seulement très au-dessous de la ligne d'insertion des ligaments ronds : on fera, en somme, une hystéropexie *isthmique* ou à peu près.

Encore pensons-nous que, dans le traitement des rétrodéviations mobiles et pures chez les femmes en âge d'avoir des enfants, mieux vaut ne pas y avoir recours et lui préférer résolument le raccourcissement des ligaments ronds.

II. — Rétrodéviations adhérentes ou compliquées de lésions annexielles.

Les rétrodéviations qui causent des douleurs véritables sont le plus souvent des rétrodéviations COMPLIQUÉES : il y a un ovaire scléro-kystique, une salpingite, qui prime la déviation utérine dans la genèse des troubles observés comme dans les indications thérapeutiques à remplir. Souvent on a affaire à des rétrodéviations ADHÉRENTES, par suite d'un processus de périmétrite, conséquence ordinairement d'une lésion annexielle, qui est tantôt éteinte ou refroidie, tantôt encore plus ou moins en activité.

Dans les rétrodéviations adhérentes sans lésion annexielle ou avec lésion annexielle complètement refroidie, on peut recourir au **massage** pratiqué avec douceur.

Par le massage, combiné au **tamponnement** vaginal dans l'intervalle des séances, et au besoin à la **dilatation avec des laminaires** en cas de rétroflexion, on arrive petit à petit à redresser l'utérus ou à le mobiliser. Lorsque l'organe est devenu mobile, on peut recourir, s'il est nécessaire, au raccourcissement des ligaments ronds. Si le massage se montrait insuffisant, on n'aurait plus qu'à recourir à la **laparotomie**, à la libération des adhérences utérines et annexielles sans enlever les annexes si elles paraissent saines, et à la fixation de l'utérus soit par hystéropexie, soit mieux par raccourcissement des ligaments ronds (procédé de Doléris avec inclusion pariétale des ligaments).

Dans le cas de lésion annexielle, que la rétrodéviation soit ou non adhérente, si la lésion des annexes ne s'amende pas par le traitement médical habituel (repos, irrigations chaudes, etc.), c'est à la **laparotomie** qu'il faut avoir recours.

Le traitement doit viser avant tout les lésions annexielles, et le temps principal de l'opération consiste en général dans l'ablation d'une trompe, d'un ovaire ou de l'un et l'autre à la fois.

L'utérus sera, au cours de l'opération, libéré de ses adhérences. La fixation directe ou indirecte de l'utérus ramené en bonne position ne constitue dans ces cas qu'un temps complémentaire secondaire de l'opération. Souvent, d'ailleurs, après l'ablation des annexes, la ligature posée sur le ligament large au niveau de leur pédicule a pour

effet de déterminer le redressement de l'utérus, sans qu'il soit même nécessaire de faire davantage. Certains chirurgiens ont assuré la fixation de l'utérus en fixant à la paroi abdominale le moignon des annexes enlevées. Mais cette fixation unilatérale détermine une torsion de l'utérus sur lui-même, qui n'est pas sans inconvénient. Mieux vaut pratiquer une hystéropexie abdominale, avec les précautions indiquées plus haut, ou un raccourcissement des ligaments ronds, si ceux-ci restent tous deux intacts après l'ablation annexielle.

III. — De quelques opérations spéciales préconisées contre la rétroflexion.

Je ne signalerai que pour la rejeter la **cunéi-hystérectomie antérieure** de Thiriar, consistant dans une résection cunéiforme (à base antérieure) portant sur la paroi antérieure de l'utérus (muqueuse non comprise) et destinée à assurer par la suture de cette brèche le redressement de l'organe rétrofléchi : les risques réels de rupture, au cours des grossesses ultérieures, que comporte l'existence dans la paroi utérine d'une cicatrice, surtout d'une cicatrice occupant presque toute l'épaisseur de cette paroi, ne m'inclinent à aucun enthousiasme pour cette opération, du moment qu'il existe d'autres bons moyens de traitement n'ayant pas cet inconvénient.

Mentionnons encore le **procédé de redressement vaginal de l'utérus de Doyen**, également contre la rétroflexion.

Le col fortement attiré en bas avec des pinces, on incise le vagin et on ouvre le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, après décollement de la vessie. Celle-ci étant soulevée avec un écarteur, on place transversalement dans l'épaisseur de la paroi antérieure du corps utérin l'un des chefs d'une anse de soie forte, dont l'autre chef est placé, également transversalement, dans l'épaisseur de la paroi antérieure du col, à une distance du chef précédent qui varie suivant les circonstances, de manière à redresser l'utérus en nouant ensemble les deux chefs. Une seconde anse de fil peut être placée au-dessus de la première d'une manière analogue. On suture enfin l'incision vaginale.

Doyen combine à cette opération le raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds.

ANTÉVERSION.

Un certain degré d'antéversion avec légère antécourbure représente l'attitude normale de l'utérus. Mais il existe une antéversion patholo-

gique, caractérisée par l'inclinaison en avant exagérée de l'utérus, qui se couche horizontalement sur la vessie, le fond derrière le pubis, le col directement en arrière, en même temps que sa légère courbure normale disparaît.

Ordinairement consécutive à l'accouchement ou à l'avortement, cette antéversion est causée par une métrite, qui rend l'organe plus gros, plus lourd et plus rigide, d'où il s'ensuit qu'il se laisse déprimer sous la pression des anses intestinales et redresse sa courbure. La paramétrite postérieure, ou des adhérences périmétritiques, qui attirent le col en arrière, jouent également un rôle.

Des troubles vésicaux, mictions fréquentes, douloureuses, ténesme, quelquefois du ténesme rectal, de la gène de la marche, une sensation de pesanteur dans le bassin et, d'une manière générale, des symptômes de métrite, enfin des phénomènes nerveux attribués par Pozzi à la mobilité utérine et à l'entéroptose, tels sont les troubles qu'on peut observer.

Il faut *soigner avant tout la métrite* (repos, injections chaudes, pansements vaginaux, utérins, curettage suivant les cas). La para ou la périmétrite ancienne et refroidie pourra bénéficier du **massage**.

Si le traitement de la métrite ne suffit pas à faire disparaître les troubles, on a recours à l'emploi d'une **ceinture hypogastrique**, qui remonte et soutient la masse intestinale, et d'un **pessaire-anneau de Dumontpallier** (fig. 244), qui distend les culs-de-sac du vagin, maintient le col et par là immobilise l'utérus. Pour introduire ce pessaire, on le saisit et on le plie sur lui-même grâce à son élasticité, entre le pouce d'un côté et l'index et le médius d'autre part; puis, introduisant le bout du pessaire ainsi plié dans le vagin, on le pousse dans le cul-de-sac postérieur; les doigts lâchent alors l'anneau, qui reprend sa forme circulaire, et viennent en avant repousser légèrement sa partie antérieure.

Je ne dirai rien des divers pessaires spéciaux créés contre l'antéversion et destinés à soutenir l'utérus en avant à travers le cul-de-sac antérieur ; sans grand avantage, ils sont parfois mal supportés.

Les précautions nécessitées par le port d'un pessaire ont été déjà indiquées et sont ici applicables (Voy. p. 542).

Comme dernière ressource, on peut recourir à l'**hystéropexie abdominale isthmique** (Voy. p. 552).

ANTÉFLEXION.

Le corps utérin forme avec le col, à l'état normal, un certain angle ouvert en avant : il y a donc une légère antéflexion ou, plus exacte-

ment, une antécourbure normale. L'antéflexion est pathologique quand il y a une coudure excessive en avant du corps sur le col : soit que le corps soit infléchi d'une manière exagérée sur le col gardant sa direction normale ; soit qu'il s'agisse au contraire, le corps utérin étant normalement dirigé, d'une orientation et d'une inflexion vicieuses du col ; soit enfin que le corps et le col soient l'un et l'autre anormalement dirigés.

L'antéflexion dite CONGÉNITALE n'est autre chose que la persistance chez l'adulte de la disposition qui existe chez l'enfant ; elle s'accompagne souvent d'un état infantile de l'utérus, caractérisé par un corps utérin petit, mal développé, et un col long, conique, tapiroïde, avec orifice externe très étroit.

Il existe aussi une antéflexion ACQUISE, pathologique, attribuée soit à une paramétrite avec rétraction des ligaments utéro-sacrés, soit à une périmétrite avec adhérences tirant sur le col en arrière, soit à un défaut d'involution de la paroi postérieure de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement, soit enfin à une métrite ramollissant l'utérus.

C'est souvent, en l'absence de troubles, pour la *stérilité*, que les femmes atteintes d'antéflexion, en particulier d'antéflexion congénitale, sont amenées à consulter, et le médecin à reconnaître la déviation. D'autres fois existent des troubles, dont le principal est la *dysménorrhée* : douleur immédiatement avant les règles, attribuée à la gêne que la flexion apporte à l'écoulement menstruel, et qui cesse quand le sang s'écoule. Il y a parfois aménorrhée, retard ou irrégularité des règles, quand il y a état infantile de l'utérus. Il peut exister de la dysurie, et enfin les divers troubles (douloureux, dyspeptiques, nerveux) fréquents dans les affections utérines (syndrome utérin de Pozzi), surtout s'il y a en même temps métrite.

Le **traitement** dans l'*antéflexion acquise* doit surtout viser la métrite : pansements vaginaux ou utérins, curettage, au besoin opération de Schröder, suivant les cas et les indications. On soulèvera et soutiendra la masse intestinale en faisant porter une ceinture, et, s'il y a lieu de combattre une mobilité utérine excessive, on fera porter un pessaire-anneau de Dumontpallier (fig. 244).

Pour l'*antéflexion congénitale*, je n'insiste pas sur les pessaires spéciaux, non plus que sur les tiges intra-utérines (fig. 205), qui ont été imaginés pour redresser l'utérus. Je rejette la **cunéi-hystérectomie** de Thiriar, qui consiste à faire sur la paroi postérieure de l'utérus, au niveau de l'angle saillant de flexion, une incision elliptique embrassant toute la largeur de l'organe, à réséquer un coin de tissu utérin comprenant toute l'épaisseur de la

paroi, sauf la muqueuse, enfin à suturer au catgut les deux lèvres de la plaie : opération assez délicate et laissant sur toute la largeur de l'utérus une cicatrice comprenant presque toute l'épaisseur de sa paroi. Le traitement doit consister dans la **dilatation et le redressement de l'utérus par des applications répétées de tiges de laminaire.** Immédiatement après la fin des règles, une laminaire, au besoin fine, sera mise dans l'utérus, puis chaque jour pendant plusieurs jours on la changera pour la remplacer par une plus grosse. Des dilatations semblables avec les laminaires seront répétées ainsi mensuellement pendant plusieurs mois et complétées, si l'on veut, par le passage de quelques bougies de Hegar. Les laminaires non seulement dilatent l'utérus, le redressent momentanément, mais, si les séances sont suffisamment répétées et prolongées, arrivent à produire un redressement durable ; et, d'autre part, comme y a insisté Doléris, cette dilatation répétée impose au corps utérin atrophié une *gymnastique* susceptible d'en augmenter le développement, car l'action dilatante du corps étranger appelle la *réaction* du muscle et sa contraction ; il y a donc travail, nutrition et accroissement de volume de ce muscle. Dans les cas fréquents où l'antéflexion congénitale est accompagnée de sténose de l'orifice externe du col, on combinera la **stomatoplasie par évidement commissural du col** de Pozzi (Voy. p. 501) à la dilatation lente et prolongée avec les laminaires en séries espacées et répétées.

DEUXIÈME CLASSE.

PROLAPSUS GÉNITAUX.

I. — Divers types des prolapsus génitaux; leur enchaînement.

Les prolapsus génitaux, très fréquents, comprennent différents types ; mais, si l'on met à part certains faits relativement rares de prolapsus utérin aigu survenant brusquement à la suite d'un effort, tous ces types ne sont que les divers degrés, qui se succèdent et s'enchaînent, d'un processus unique évoluant lentement et progressivement et qui a son point de départ dans un défaut de résistance, un relâchement des moyens de soutènement ou de suspension du vagin et de l'utérus, et en premier lieu du plancher périnéal. Ce relâchement se rattache à cet état diathésique, décrit par Tuffier, que caractérise un défaut de résistance des tissus fibreux en général, et dont les prolapsus génitaux ne sont qu'une des manifestations au

même titre que les ptoses viscérales, les hernies, les varices, le relâchement de la paroi abdominale et les éventrations.

Le prolapsus survient quelquefois chez des nullipares ou des vierges. Mais habituellement, c'est chez des femmes ayant eu des accouchements, souvent multiples, ou bien chez de vieilles femmes dont les tissus sont relâchés.

Le prolapsus, ai-je dît, comprend plusieurs degrés.

Lorsque le plancher périnéal, déchiré lors d'accouchement antérieur, ou seulement relâché, n'offre plus sa résistance normale et est devenu insuffisant, que l'orifice vulvaire est devenu béant, la paroi antérieure du vagin n'est plus soutenue, et elle tend à bomber à travers cet orifice et à se retrousser, entraînant dans sa procidence la paroi adjacente de la vessie : ce premier degré est le prolapsus de la paroi antérieure du vagin, la *cystocèle.*

Dans un second degré, la paroi postérieure du vagin fait hernie et se retrousse, elle aussi ; elle peut entraîner, mais d'une façon moins constante que la vessie pour la paroi antérieure, la paroi contiguë du rectum : c'est alors la *rectocèle.*

Les parois vaginales ainsi prolabées et distendues tirent sur le col, auquel elles prennent attache en haut ; il n'est pas rare qu'elles entraînent une élongation de la portion sus-vaginale du col, qui en même temps, par congestion, s'hypertrophie : c'est l'*allongement hypertrophique du col*, décrit par Huguier, et qui accompagne si souvent le prolapsus, mais qui, dans la majorité des cas, n'est pas la cause de celui-ci, comme le croyait Huguier, mais est au contraire secondaire au prolapsus vaginal. Cet allongement hypertrophique du col, joint au prolapsus du vagin, peut simuler le prolapsus utérin (en ce sens que le museau de tanche est plus rapproché de la vulve), mais il doit en être bien distingué : le fond de l'utérus reste alors dans sa situation normale, tandis qu'il est abaissé dans le prolapsus de cet organe.

Enfin la traction exercée sur l'utérus par le vagin procident finit par entraîner (qu'il y ait eu ou non d'abord allongement hypertrophique du col) l'abaissement de l'utérus lui-même, si ses moyens de suspension, ses ligaments, ont perdu leur résistance : c'est alors le *prolapsus utérin.*

Telle est la succession habituelle des faits.

Prolapsus du vagin simple, prolapsus vaginal avec allongement hypertrophique du col, prolapsus utérin avec ou sans allongement hypertrophique peuvent comporter, dans leur traitement, certaines indications différentes. Mais tous ces cas comportent une indication commune, qui est la réfection d'un plancher périnéal solide et four-

nissant un soutien efficace. La colpo-périnéorraphie doit donc, à peu près dans tous les cas de prolapsus génitaux, faire partie du traitement chirurgical : elle peut suffire à elle seule s'il ne s'agit que d'un prolapsus du vagin, mais elle doit être associée aux autres opérations complémentaires dans les autres cas.

II. — Traitement palliatif des prolapsus génitaux.

Le traitement curatif des prolapsus génitaux, pour peu que ceux-ci soient accentués, est purement chirurgical. Bien que certains auteurs disent avoir obtenu des guérisons de prolapsus, même complets, par le **massage** et la **kinésithérapie** suivant la méthode de Thure-Brandt, il nous semble que ce traitement ne peut être considéré comme un traitement vraiment curatif que dans des cas de prolapsus léger : on pourra alors essayer, par le massage, de tonifier les ligaments utérins et de décongestionner, s'il y a lieu, l'utérus et, par une gymnastique appropriée, de rendre de la force aux muscles pelviens et périnéaux. Ces moyens pourront être associés au REPOS AU LIT et à l'APPLICATION DE TAMPONS DANS LE VAGIN. Mais, dans les prolapsus un peu accusés, ces moyens ne nous paraissent avoir qu'une valeur palliative.

Si le traitement chirurgical est, dans la plupart des cas, le véritable traitement des prolapsus génitaux, il n'est cependant pas dans la pratique toujours applicable. Il a des contre-indications, et alors on devra se contenter d'un traitement palliatif. Il en est ainsi chez certaines femmes en raison de l'âge avancé qui fait redouter l'intervention chirurgicale ; ces femmes âgées, ne menant plus une vie bien active et ne se livrant plus à des travaux pénibles, en éprouvent d'autant moins de gêne de leur infirmité, et un traitement palliatif les soulage très suffisamment. On suivra la même conduite chez les femmes ayant un état général précaire ou une tare organique qui contre-indique toute opération.

Enfin on s'est même demandé si, chez les femmes jeunes atteintes de prolapsus et qui peuvent encore avoir des enfants, il ne serait pas préférable d'attendre autant que possible pour les opérer, et de se contenter en attendant d'un traitement palliatif, à cause de la possibilité d'accouchements ultérieurs qui risqueraient d'annihiler le résultat obtenu par l'opération, en relâchant ou déchirant le périnée restauré, et d'obliger ainsi à recommencer. Pour ma part, je crois qu'il ne faut pas exagérer dans cet ordre d'idées, et que, chez une femme jeune, menant une existence active, si le prolapsus occasionne de la gêne, il est préférable de ne pas trop remettre

l'opération et de ne pas lui laisser indéfiniment une infirmité qui ne fait généralement qu'augmenter avec les années.

En quoi consiste le traitement palliatif des prolapsus ?

J'ai déjà signalé le repos au lit, les tampons, le massage et la kinésithérapie, qui, appliqués aux cas légers, peuvent produire d'appréciables améliorations, peut-être même des guérisons.



Fig. 244. — Pessaire-anneau de Dumontpallier.

Le port d'une **ceinture abdominale** est recommandable ; en soutenant la paroi abdominale et la masse intestinale, elle soulage les malades, d'autant mieux qu'assez souvent ces femmes ont de la ptose généralisée.

Le traitement palliatif du prolapsus repose surtout sur le port d'un **pessaire.** On en a préconisé et utilisé de diverses formes. Je crois inutile de les énumérer. Le *pessaire-anneau de Dumontpallier* (fig. 244) convient parfaitement.

J'ai déjà indiqué ailleurs la manière de l'appliquer (Voy. p. 560), ainsi que les soins que doit prendre toute femme porteuse d'un pessaire, et les accidents auxquels expose la négligence de ces soins (Voy. *Rétrodéviations*, p. 542) : je n'y reviendrai donc pas. Le pessaire, qui agit en distendant les parois vaginales, ne peut amener la guérison du prolapsus ; il aurait plutôt tendance à l'accroître, mais son emploi procure un réel soulagement.

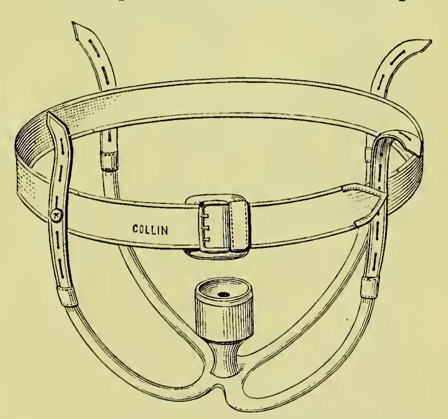


Fig. 245. — Pessaire de Borgnet pour prolapsus utérin.

Les pessaires ne peuvent tenir et, par conséquent, être utilisés qu'à la condition que le périnée ne soit pas trop relâché. S'il n'en est pas ainsi, si les parois vaginales excessivement amplifiées se retroussent à travers un énorme orifice vulvaire largement béant, le pessaire ne peut rester en place. C'est alors qu'on en est réduit à

faire usage des appareils connus sous le nom d'**hystérophores** (fig. 245); ces appareils comprennent une partie qu'on place dans le vagin pour soutenir le col, et qui prend point d'appui à l'extérieur, au moyen d'une tige adaptée sur une autre partie disposée en ceinture.

Le pessaire, qui n'amène pas la guérison et qui astreint la femme à des soins journaliers indéfinis, ne représente pas un traitement de choix des prolapsus. Chez une femme jeune ou d'âge moyen, de bonne santé, chez laquelle rien ne contre-indique une opération, le prolapsus, qui ne peut que s'accroître avec le temps en faisant d'elle une infirme pour le reste de ses jours, doit à mon avis, sans hésitation, être traité chirurgicalement, et sans trop attendre, car c'est en y remédiant aux phases de début que pourra suffire une opération aussi bénigne que la colporraphie antérieure et la colpo-périnéorraphie.

III. — Traitement chirurgical de la cystocèle et du prolapsus du vagin.

Indications. — Les indications à remplir dans le prolapsus vaginal consistent à rétrécir le vagin en réduisant l'étendue de sa paroi, dont l'amplitude est exagérée; à rétrécir considérablement l'orifice vulvaire, dont la béance favorise le retroussement des parois vaginales ; enfin à reconstituer un plancher périnéal épais et résistant.

Le rétrécissement du vagin s'obtient, en ce qui concerne sa paroi antérieure, par l'excision sur cette paroi d'un large lambeau de muqueuse et par le rapprochement des bords latéraux et la suture de la surface avivée : c'est la COLPORRAPHIE ANTÉRIEURE. La même indication est remplie, du côté de la paroi postérieure, par une excision analogue, combinée à la périnéorraphie qui remplit les deux autres indications, restauration du périnée et occlusion de la vulve : l'opération est donc une COLPOPÉRINÉORRAPHIE.

Soins préopératoires. — Avant les opérations plastiques sur le vagin ou le périnée, quelques précautions doivent être prises. Quarante-huit heures avant l'opération, la patiente sera purgée, puis on lui administrera un grand lavement vingt-quatre heures avant d'opérer, et dès ce moment on commencera à la constiper en lui donnant cinq fois par jour une pilule de 1 centigramme d'extrait thébaïque, et on la mettra au régime lacté. Des irrigations vaginales prépareront l'asepsie du champ opératoire.

Colporraphie antérieure. — La patiente est mise en position gynécologique, les membres inférieurs écartés soutenus par des

porte-jambes, le pourtour de la vulve rasé, les organes génitaux bien nettoyés, un vaste champ couvrant toute la région environnante et ne laissant découverte, par un large orifice percé à son milieu, que la région vulvaire. Une pince à col à deux dents pince transversalement la muqueuse vaginale un peu en avant de la lèvre antérieure du col, et on la laisse pendre par son propre poids. Une pince semblable est placée de même sur la muqueuse vaginale, un peu en arrière du méat urinaire, et confiée à un aide qui la tire en haut. Enfin deux autres pinces sont placées sur la muqueuse vaginale, latéralement et à égale distance des pinces antérieure et postérieure. Ces quatre pinces délimitent sur la paroi antérieure du vagin un losange (fig. 247), dont on tend les bords en exerçant sur elles une traction. Deux aides sont, à cet effet, nécessaires, l'un qui tire légèrement sur la pince supérieure et l'une des pinces latérales, l'autre qui, d'une main, tire sur la pince latérale opposée, tandis que sa main libre servira tout à l'heure à éponger avec des compresses ou des tampons la surface avivée. La quatrième pince, celle placée près du col, est tenue par l'opérateur lui-même, de la main gauche, tandis que sa main droite trace avec le bistouri sur la muqueuse vaginale une incision losangique allant de l'une à l'autre des pinces-repères, incision qui va limiter le lambeau à exciser.

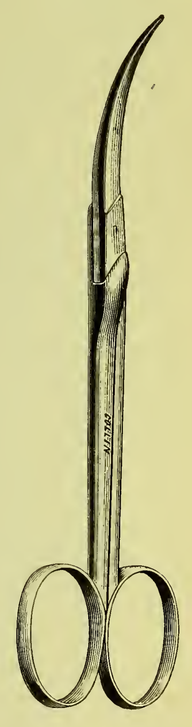


Fig. 246. — Ciseaux de Bouilly pour avivement.

Pour cette excision, on peut procéder de deux manières. On peut faire l'avivement, comme Bouilly, en se servant de petits ciseaux spéciaux courbés sur le plat (fig. 246) et avec lesquels on enlève de proche en proche de petits lambeaux de muqueuse en promenant et faisant mordre successivement l'instrument sur toute l'étendue de la surface à aviver.

D'autres préfèrent aviver en disséquant un lambeau de muqueuse, qu'on commence à détacher en saisissant avec une pince à disséquer l'angle supérieur du losange et disséquant avec un bistouri.

Un des aides éponge au fur et à mesure de cet avivement la surface cruentée.

La muqueuse étant enlevée sur toute l'étendue à aviver (fig. 247), soit en un seul lambeau par dissection, soit en une quantité de

petits copeaux au moyen des ciseaux, — et dans ce dernier cas, il est bon de faire irriguer de temps en temps la surface pour la débarrasser à mesure de tous les petits débris de muqueuse excisés, — on procède à la suture (fig. 248).

Une aiguille de Reverdin courbe est enfoncée dans la muqueuse vaginale, un peu en dehors de l'un des bords de la surface avivée, près de son extrémité postérieure de préférence, puis faufilée de

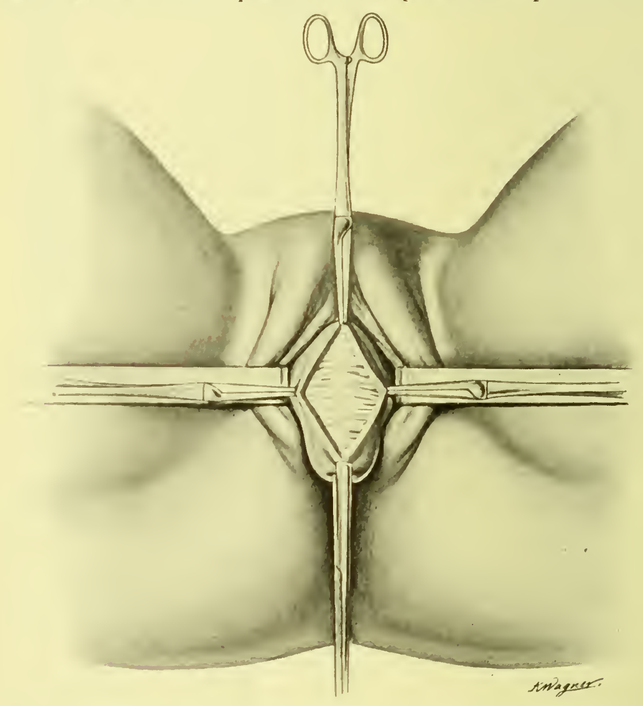


Fig. 247. — Colporraphie antérieure: avivement. — Une surface losangique, délimité par les quatre pinces-repères, a été avivée.

droite à gauche dans la surface cruentée ou mieux glissée au-dessous d'elle, et finalement vient ressortir un peu en dehors du bord opposé de la plaie. Un fil de catgut est chargé sur l'aiguille de manière à commencer un surjet qu'on continue, en procédant de la même manière, d'arrière en avant, jusqu'à ce qu'on soit arrivé, en serrant le surjet au fur et à mesure, à recouvrir complètement la surface d'avivement par le rapprochement de ses bords droit et gauche.

La colporraphie antérieure s'adresse au prolapsus de la paroi antérieure du vagin, à la cystocèle ; mais elle est insuffisante à elle seule; son résultat serait précaire et passager, et la récidive du prolapsus probable à plus ou moins brève échéance, si l'on ne dimi-

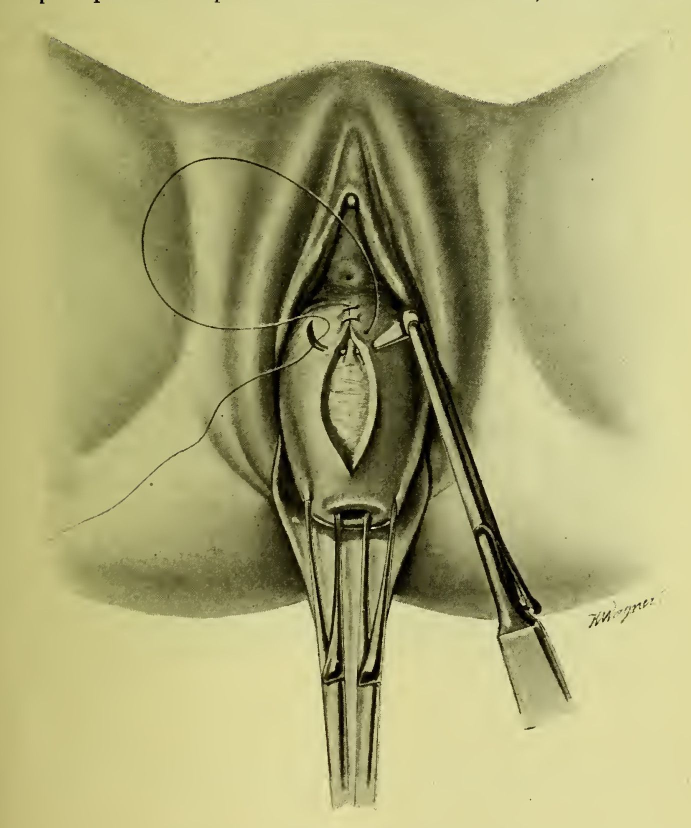


Fig. 248. — Colporraphie antérieure : suture.
On peut, et je trouve ceci préférable, commencer le surjet non par l'extrémité antérieure de la plaie, comme dans cette figure, mais par l'extrémité postérieure.

nuait pas la béance de l'orifice vulvaire et si l'on ne reconstituait pas le périnée. Elle doit donc être complétée par la colpopérinéorraphie, qu'on fait immédiatement après, dans la même séance.

Colpopérinéorraphie. — *Méthode de l'avivement*. — Procédé de Hegar. — L'opération consiste à faire sur la paroi postérieure du vagin un avivement de forme triangulaire, dont le sommet se

rapproche plus ou moins du cul-de-sac postérieur et dont la base se confond avec l'avivement destiné à rétrécir la vulve et à restaurer le périnée (fig. 249).

On place une pince à deux dents sur la muqueuse de la paroi postérieure du vagin plus ou moins profondément, à plusieurs centimètres

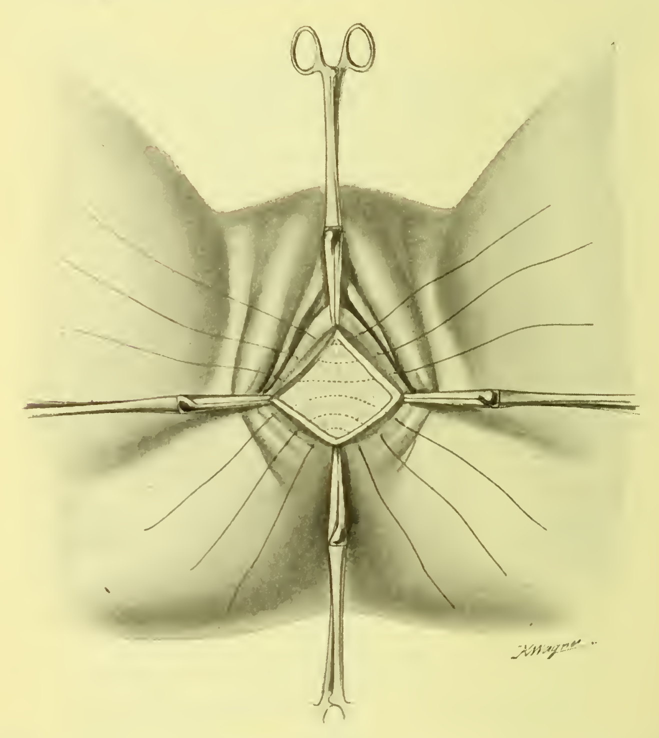


Fig. 249. — Colpopérinéorraphie par avivement : disposition des sutures. — Pour la suture vaginale, on peut, au lieu de points séparés comme ici, faire un surjet.

du col, et deux autres pinces semblables sur les bords latéraux de l'orifice vulvaire (fig. 249), suffisamment haut sur ces bords latéraux pour qu'en avivant toute la partie de l'orifice vulvaire située au-dessous de ces pinces on puisse obtenir par la suture un rétrécissement très marqué de cet orifice en même temps qu'un allongement important du périnée. Les pinces sont confiées à des aides qui les tiennent de façon à tendre la portion de paroi vaginale qu'elles délimitent : pour ce faire, les pinces latérales sont tirées respectivement à droite et à gauche; la pince médiane refoule vers

la profondeur le sommet du triangle à aviver, tandis que l'opérateur déprime avec l'index et le médius gauches la paroi vaginale postérieure. Celle-ci se trouve assez tendue pour qu'avec le bistouri tenu de l'autre main le chirurgien puisse tracer, à partir du repère supérieur, deux incisions, à droite et à gauche, s'écartant progressivement de la ligne médiane pour venir se terminer au niveau des pinces latérales. Une incision transversale, à l'union de la muqueuse et de la peau, est alors menée entre les extrémités des deux précédentes, en ayant soin de tendre la moitié postérieure de l'orifice vulvaire au moyen d'une quatrième pince qu'on aura posée sur la ligne médiane au niveau de la commissure postérieure de la vulve (fig. 249) et que l'opérateur saisira à ce moment de la main gauche.

Le contour du lambeau muqueux tracé, l'avivement se fait soit à petits coups avec les ciseaux spéciaux (fig. 246), comme pour la colporraphie antérieure, soit d'un seul bloc par dissection. Lorsqu'on fait l'avivement aux ciseaux, il est très utile d'introduire l'index gauche (recouvert d'un doigtier stérilisé) dans le rectum, pour bien limiter l'épaisseur de l'avivement et éviter de léser la paroi rectale. Lorsqu'on excise le lambeau par dissection, on commence par amorcer sa séparation avec le bistouri ou les ciseaux sur le bord de la commissure périnéo-vulvaire ; on repère aussitôt le bord inférieur décollé du lambeau avec deux ou trois pinces de Kocher ; puis on continue la séparation de bas en haut de préférence avec le doigt, en évitant d'aller trop en arrière, vers le rectum, et cela d'autant plus qu'on sera arrivé plus haut, car il faut éviter de déchirer le rectum, et l'on sait que la cloison recto-vaginale diminue d'épaisseur à mesure qu'on monte. L'index gauche (recouvert d'un doigtier), introduit par moments dans le rectum, pourra ici encore utilement vérifier qu'on laisse à la paroi rectale son intégrité.

La muqueuse avivée, je conseille de poser immédiatement, avant toute suture vaginale, les fils de suture périnéaux, qu'on pose dans de meilleures conditions lorsque la surface d'avivement se présente encore largement étalée. A 1 centimètre en dehors de la pince qui est appliquée sur le bord périnéo-vulvaire, on enfonce dans la peau et perpendiculairement une aiguille courbe à courbure assez ample [l'aiguille d'Emmet (fig. 250) convient très bien ; l'aiguille courbe ordinaire de Reverdin a une courbure trop courte pour embrasser de droite à gauche toute l'étendue des tissus périnéaux qu'il faut prendre dans l'aiguille]. On cherche à ramasser latéralement avec l'aiguille une bonne épaisseur de tissus périnéaux ; puis, déviant la pointe de l'aiguille, on la fait cheminer transversalement au-dessous de la surface cruentée, en ayant soin de ne pas

entrer dans le rectum, et en se guidant à cet effet sur l'index gauche introduit dans l'anus et qui sent cheminer l'aiguille dans l'épaisseur des tissus. Enfin on fait ressortir l'aiguille symétriquement du côté opposé, après s'être efforcé de ramasser également de ce côté une bonne épaisseur de tissus périnéaux. On enfile alors dans l'aiguille soit un fort crin de Florence, soit un fil d'argent que l'on fait passer dans le périnée en retirant l'aiguille. Le fil n'est pas serré tout de suite, mais ses deux bouts sont repérés et saisis dans une pince à forcipressure, qu'on laisse pendre. On fait passer de même, en s'écartant de l'anus, un second, puis un troisième fil qui cheminent semblablement au premier, au-dessus de lui, en décrivant dans le périnée un trajet concentrique (fig. 249); de même que pour la pose du premier fil, on cherche à ne pas prendre seulement les téguments, mais à ramasser sur chacun des deux côtés une épaisseur notable de tissus musculaires périnéaux, de manière que, les fils étant serrés, on ait un corps périnéal épais et résistant. On repère, comme le premier fil, le second et le troisième dans une pince. Trois fils sont généralement suffisants.

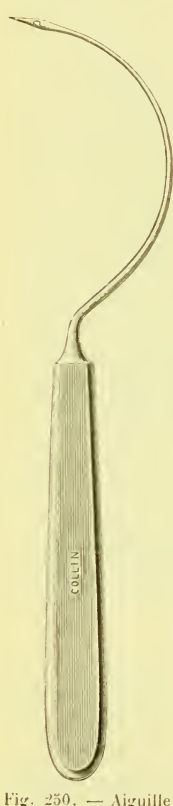


Fig. 250. — Aiguille d'Emmet.

Avant de les serrer, on procède à la suture vaginale, de la profondeur vers le périnée. On peut employer les points séparés (fig. 249). On peut faire une suture à deux étages : première ligne de suture profonde, au catgut, rapprochant les parties de la surface avivée voisines de la ligne médiane à droite et à gauche ; puis seconde ligne de suture par-dessus la première, achevant la réunion. J'emploie comme plus expéditive et parfaitement suffisante une simple suture par un surjet de catgut, commençant à l'extrémité supérieure de la plaie vaginale, puis descendant vers le périnée, en ayant soin de faire passer le fil d'un côté à l'autre sous la surface cruentée, de manière à ne pas laisser d'espace vide; cette suture vaginale se fait avec une aiguille de Reverdin.

Lorsqu'elle est achevée, il ne reste plus qu'à serrer les fils périnéaux, après les avoir débarrassés des pinces qui repéraient chacun d'eux.

Pansement aseptique : petite mèche de gaze au peroxyde de zinc

ou simplement aseptique dans le vagin, gaze et ouate sur la vulve, bandage en T. Il n'est pas indispensable de mettre dans la vessie une sonde à demeure, mais on ne devra pas laisser l'opérée uriner spontanément ; on la sondera pendant trois ou quatre jours. D'autre part, on la constipera pendant cinq ou six jours, en lui administrant quotidiennement 5 centigrammes d'extrait thébaïque (en cinq doses d'une pilule de 1 centigramme), et en la maintenant au régime du lait et des liquides pour éviter de l'encombrement stercoral.

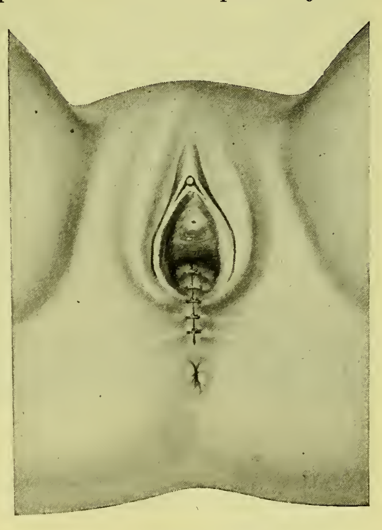


Fig. 251. — Colpopérinéorraphie par avivement : suture terminée, les fils serrés (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

On enlève les fils périnéaux le huitième jour, et on fait lever l'opérée au bout de trois semaines.

Périnéorraphie par dédoublement. — Procédé de Doléris. — A la suite de Lawson-Tait, de Doléris, beaucoup d'opérateurs recourent à la périnéorraphie non par avivement, mais par dédoublement de la cloison recto-vaginale. Voici en quoi consiste le procédé de Doléris. Deux pinces sont placées latéralement sur l'orifice vulvaire (fig. 252), plus ou moins haut suivant l'étendue qu'on veut donner aux surfaces à rapprocher. Une incision est pratiquée d'une pince à l'autre, le long du bord postérieur de l'orifice vulvaire, à l'union de la muqueuse et de la peau. On cherche alors à dédoubler de bas en haut la cloison recto-vaginale, en amorçant d'abord avec les ciseaux, puis presque aussitôt, et dès que le bord inférieur de la paroi vaginale est assez décollé pour être saisi et soulevé avec des pinces de Kocher, on continue le décollement avec le doigt. Dans ce dédoublement, pour éviter de léser le rectum, on cherchera à se tenir à distance de celui-ci, en se tenant rapproché plutôt de la paroi vaginale ; l'index gauche, couvert d'un doigtier et introduit dans l'anus, pourra faciliter et guider ce travail, en montrant quelle épaisseur de tissus reste entre la plaie et la cavité rectale. Le décollement est prolongé de bas en haut sur une hauteur de plusieurs centimètres.

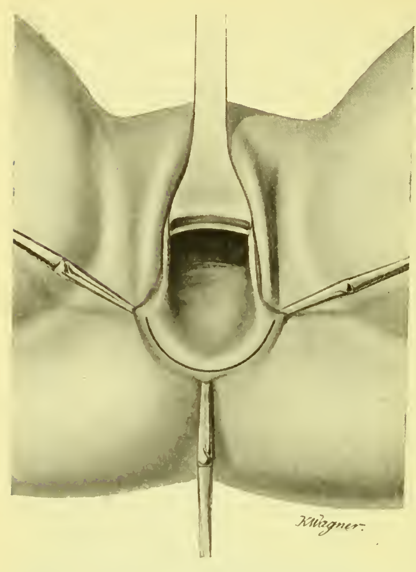


Fig. 252. — Périnéorraphie par dédoublement (procédé de Doléris) : l'incision (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

On met ainsi à vif une surface (fig. 253) dont on va pouvoir rapprocher les deux côtés de manière à allonger le périnée. Une aiguille d'Emmet pénètre dans le périnée, à gauche de l'anus, ramasse latéralement les tissus, vient ressortir au fond de la plaie et là passe, sans le perforer, dans l'épaisseur de la base du lambeau vaginal décollé et soulevé ; enfin elle pénètre dans le côté opposé du périnée pour venir sortir à droite de l'anus. Un fil d'argent ou un crin très fort est ainsi placé. Deux autres fils sont placés ensuite de la même manière, en dehors du précédent (fig. 253). On les serre. Il reste alors une portion du lambeau vaginal décollé, qui flotte inutile à l'extérieur (fig. 254) et qu'on résèque. Quelques points superficiels au catgut régulariseront alors l'union du bord du lambeau vaginal au bord cutané.

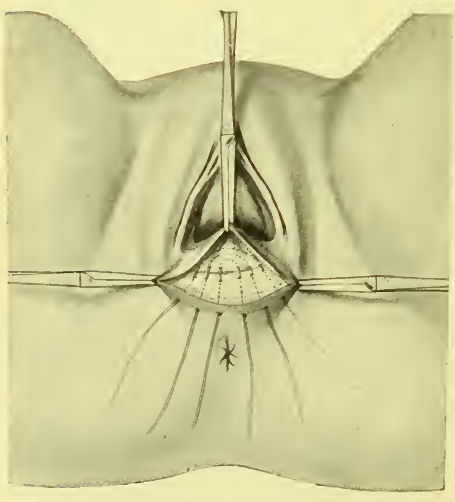


Fig. 253. — Périnéorraphie par dédoublement (procédé de Doléris) : disposition des sutures (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

Le procédé de périnéorraphie par dédoublement de Doléris permet de reconstituer un périnée long et épais; mais il a l'inconvénient de ne rétrécir que l'orifice vulvaire et pas le vagin (ce qui est une infériorité dans les cas où celui-ci a une amplitude excessive);

d'autre part, il raccourcit longitudinalement la paroi vaginale postérieure, ce qui peut être fâcheux dans les prolapsus utérins accentués et gêner les opérations qui chercheraient alors à élever l'utérus.

Myorraphie des releveurs de l'anus. — Aujourd'hui, lorsqu'on pratique la périnéorraphie par dédoublement pour un prolapsus, volontiers on dénude les deux muscles releveurs pour en pratiquer la myorraphie.

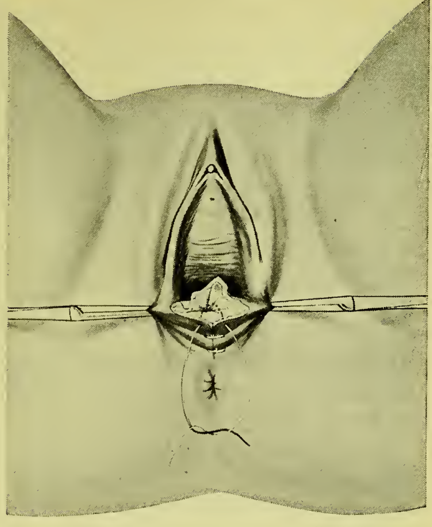


Fig. 254.— Périnéorraphie par dédoublement (procédé de Doléris) : les sutures presque terminées. Il restera un lambeau flottant de paroi vaginale postérieure, qu'on réséquera (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

Sans doute, dans les procédés de périnéorraphie par avivement ou par dédoublement que j'ai précédemment décrits, lorsqu'on charge sur l'aiguille courbe, comme il faut le faire, une grande épaisseur de tissus périnéaux, on y comprend le bord interne des releveurs. Mais plusieurs chirurgiens, Ziegenspeck, MM. Pierre Delbet, Pierre Duval, R. Proust, ont pensé réaliser une restauration périnéale plus méthodique et plus sûre en reconstituant en arrière du vagin, entre celui-ci et le rectum, un plancher musculaire solide par la suture directe des deux releveurs.

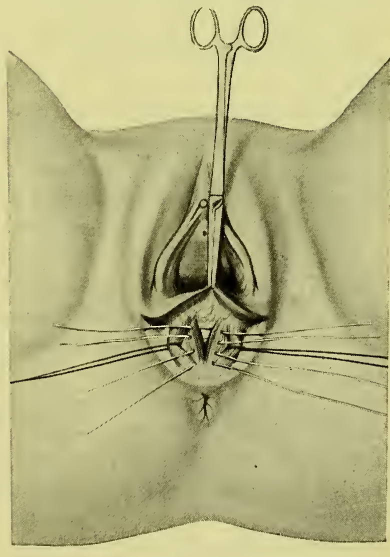


Fig. 255. — Myorraphie des releveurs de l'anus (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

On incise le bord postérieur de l'orifice vulvaire comme dans le procédé de Doléris (fig. 252), en prolongeant un

peu plus en avant les extrémités de l'incision. On fait un dédoublement, comme dans le procédé de Doléris, en pénétrant assez profondément sur les parties latérales pour arriver sur les releveurs, dont le doigt sent le bord inférieur tendu d'avant en arrière, lorsque l'anus est tiré en arrière avec une pince. Il est alors facile, après avoir dénudé le bord inférieur des deux muscles, de les unir d'avant en arrière par plusieurs points de catgut (fig. 255).

R. Proust recommande d'affronter les deux muscles par leurs faces et non par leurs bords. « Entre les deux releveurs, dit-il, sur la ligne médiane, on voit et on sent une bandelette tendue de la face antérieure du rectum (au niveau de son coude périnéal) au vagin : c'est le petit muscle recto-vaginal; il mérite un temps spécial dans l'opération, car c'est lui qui maintient fixé en avant le coude rectal et, si l'on ne tient pas compte de ce fait, on risque à ce moment d'ouvrir le rectum.

« On reconnaît donc la bandelette musculaire prérectale, on l'isole et on la sectionne tout à fait au ras de son insertion vaginale. Aussitôt on pénètre dans la zone décollable intervagino-rectale, et la séparation des deux organes doit se faire sans difficulté jusqu'au cul-de-sac de Douglas, qui doit apparaître, blanc et doublé de graisse, dans la profondeur de la plaie. Si le décollement n'est pas facile, si l'on n'a pas la sensation de pénétrer dans une sorte de cavité séreuse interposée aux deux organes, c'est qu'on n'a pas trouvé le bon plan de clivage et, vraisemblablement, que l'on est en pleine paroi rectale.

« On refoule le rectum avec une valve étroite et, de chaque côté, on dénude largement la face interne des muscles.

Une pince à dissection éverse le bord inférieur de chacun des muscles, de façon à présenter sa face interne.

« Le premier point doit être placé aussi profondément que possible à hauteur du cul-de-sac de Douglas, que l'on refoule s'il est trop proéminent. L'aiguille courbe charge la face interne du muscle, largement; elle passe ensuite dans la paroi vaginale, non pas à la même hauteur que dans le muscle, mais plus bas, de façon que cette paroi se trouve remontée par la striction du fil.

« Le fil repasse ensuite dans la face interne du releveur opposé, décrivant dans son ensemble un trajet en **U** ; il n'est pas noué immédiatement. Trois ou quatre fils sont ainsi placés pour la myorraphie et la vaginopexie. Ils sont de plus en plus superficiels. Leur traversée musculaire se rapproche de plus en plus du bord inférieur du muscle, et le dernier point passe dans ce bord même pour comprendre le vagin à la limite de la vulve.

« Les trois fils sont alors noués en commençant par le supérieur et, grâce à leur disposition en escalier, l'obliquité de la paroi vaginale est entièrement rétablie.

« Quatre points alors, disposés en suture antéro-postérieure, unissent les bords inférieurs des muscles ; le point antérieur reprend la vulve qu'il fixe ; le postérieur touche au sphincter externe lorsqu'il est conservé, le reconstitue lorsqu'il est déchiré. »

Enfin on suture les plans superficiels et la peau comme dans le procédé de Doléris.

Les myorraphies étendues des releveurs, comme celle décrite par Proust, offrent d'incontestables garanties au point de vue de la solidité du plancher périnéal reconstitué et du maintien de la cure du prolapsus. Malheureusement une myorraphie étendue en hauteur peut, chez les femmes capables d'avoir encore des enfants, présenter, lors d'accouchement ultérieur, de gros inconvénients, en transformant le périnée en un bloc tellement épais et solide que sa résistance ne peut être vaincue par la poussée de la tête fœtale, ou seulement au prix de graves effractions. Bonnaire a publié un cas dans lequel, à la suite d'une opération de ce genre, une femme eut, au moment d'un accouchement, des délabrements vagino-périnéaux considérables, consistant surtout en un effondrement périnéal avec désinsertion du muscle releveur droit de ses attaches supérieures, le bloc formé par les deux muscles suturés n'ayant pas cédé devant la tête et ayant été refoulé devant elle après désinsertion supérieure du muscle du côté droit. Je crois donc, tout en reconnaissant la myorraphie des releveurs comme recommandable, qu'il faut se garder chez une femme pouvant encore avoir des enfants, de faire une myorraphie très étendue en hauteur sur la face interne des muscles, et capable de créer un bloc périnéal dont la résistance serait invincible à la poussée du fœtus dans l'accouchement ou ne serait vaincue qu'au prix de graves désordres.

IV. — Traitement chirurgical du prolapsus du vagin accompagné d'allongement hypertrophique du col.

Lorsque le prolapsus vaginal est accompagné d'allongement hypertrophique du col, une indication s'ajoute : réduire la longueur du col. Pour cela, on fait précéder la colporraphie antérieure et la colpo-périnéorraphie d'une **amputation plus ou moins élevée du col**. En pratiquant celle-ci, il faudra éviter de léser la vessie, et dans ce but on pourra se repérer avec une sonde introduite dans le réservoir urinaire ; de même, il faudra éviter de léser le rectum ou

le péritoine, et pour cela on dirigera le tranchant du bistouri vers le tissu cervical à enlever. Après l'excision d'un segment plus ou moins grand du col, la muqueuse vaginale sera suturée à celle du col. Pour que cette suture soit possible, il ne faut pas que l'amputation du col soit trop étendue en hauteur, trop élevée. Mais on a remarqué que l'amputation d'une portion relativement restreinte du col détermine ensuite une sorte d'involution dans le reste de l'organe.

On peut donc se contenter d'une amputation modérée, et, par exemple, dans bien des cas, recourir à l'un des procédés de Simon-Markwald ou de Schröder (Voy. p. 612).

Dans les grands prolapsus vaginaux, l'amplitude du vagin est parfois tellement exagérée que la colporraphie antérieure et la colpo-périnéorraphie ne suffisent pas à réduire autant qu'il conviendrait l'étendue des parois du vagin : il y a lieu alors de faire une véritable **résection vaginale**. C'est pour répondre à cette indication, dans les grands prolapsus avec allongement hypertrophique du col, que Bouilly a décrit un procédé opératoire complexe, combinaison d'une résection partielle de la paroi vaginale antérieure, d'une amputation du col et d'une colpopérinéorraphie. Voici en quoi il consiste.

Procédé de Bouilly. — Le col attiré en bas avec une pince tire-balle, on fait une incision transversale, demi-circulaire, embrassant sa face antérieure près de l'orifice externe (le cul-de-sac antérieur du vagin étant dans ces cas presque effacé par la traction de la paroi vaginale antérieure prolabée). Des extrémités de cette incision partent deux autres, perpendiculaires, remontant latéralement sur la paroi antérieure du vagin, suivant les bords droit et gauche de l'utérus.

L'incision transversale doit être placée près de l'orifice externe, pour ne pas risquer de blesser la vessie ; dans le même but, les incisions verticales doivent être pratiquées tout à fait sur les flancs du col, en arrière d'un plan qui le diviserait en deux moitiés.

Une pince de Kocher, placée de chaque côté, à l'angle inférieur du lambeau, servira à le tendre pendant sa dissection. La partie inférieure du lambeau est alors isolée par la dissection avec les ciseaux; plus haut, la vessie se décolle facilement de la face antérieure du col par refoulement avec le doigt ou avec une compresse. Sur les côtés, le lambeau vaginal ne peut être isolé que par dissection. Suivant l'étendue du prolapsus, ce lambeau mesure environ 4 à 5 centimètres de large, 5 à 6 et quelquefois plus de haut. Il

comprend la muqueuse vaginale et la partie prolabée de la vessie.

Ce lambeau étant bien tendu par les pinces tenues par un aide, on isole la vessie à coups de ciseaux, en ayant soin de raser la face cruentée de la muqueuse vaginale. Lorsque le cul-de-sac vésical est complètement isolé, le lambeau de muqueuse vaginale, ne tenant plus que par son bord, est sectionné transversalement d'un coup de ciseaux.

Avec des ciseaux forts, le col, dénudé antérieurement, est divisé verticalement en deux demi-cylindres, l'un antérieur, l'autre postérieur. Le demi-cylindre antérieur est amputé transversalement au même niveau que le lambeau vaginal. La portion réséquée mesure en général 4 à 5 centimètres de long. Le plus souvent une ou plusieurs branches de l'artère utérine sont sectionnées à ce moment sur les côtés du col et doivent être pincées et suturées au catgut n° 1. C'est avec intention que le col est divisé en deux moitiés : chaque moitié est amputée successivement, de manière à réaliser une économie de sang et à ne pas s'exposer dans les premiers temps à l'ouverture du cul-de-sac postérieur, qui est un des incidents fréquents de l'opération.

La portion de vessie dénudée et isolée ayant été repoussée en haut, on suture la muqueuse vaginale, ramenée à l'aide de pinces au-devant du col, par un surjet de catgut n° 2 au moignon utérin, dont la surface cruentée est ainsi recouverte.

On relève alors le demi-cylindre postérieur du col tendu par une pince, et l'on termine l'incision curviligne du début. On dénude avec précaution la face postérieure du col, pour éviter d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal postérieur; souvent même cette complication ne peut être évitée : on le referme alors immédiatement avec quelques points de catgut. Le demi-cylindre postérieur du col est amputé, sur la même longueur qu'en avant, soit 4 à 5 centimètres.

On suture la muqueuse vaginale postérieure au moignon utérin, de manière à recouvrir sa surface cruentée. Assez souvent, sur les côtés, il est nécessaire d'assurer la coaptation de la muqueuse vaginale antérieure et postérieure par quelques points de suture complémentaires.

Enfin on termine l'opération en faisant une colpopérinéorraphie.

Dans les cas où la résection vaginale antérieure n'est pas suffisante pour réduire l'amplitude du vagin, il est indiqué de faire aussi une résection vaginale postérieure, qui prend place, dans l'opération précédente, immédiatement avant l'amputation du lambeau postérieur du col.

L'opération de Bouilly remplit bien les indications et donne de

bons résultats. Mais il faut savoir qu'elle est assez sanglante au cours de l'intervention.

V. — Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus.

Dans les cas, rares, de prolapsus utérin sans prolapsus du vagin, le traitement consiste dans la fixation de l'utérus par le **raccourcissement des ligaments ronds** (opération d'Alquié-Alexander, ou bien ligamentopexie de Doléris, p. 544 et 547) ou par l'**hystéropexie directe abdominale** isthmique (p. 552).

Mais, presque toujours, le prolapsus utérin est consécutif à un prolapsus vaginal, et l'un et l'autre sont la conséquence de l'insuffisance du périnée, déchiré ou relâché. C'est dire que, dans la plupart des prolapsus utérins, il est absolument indiqué de pratiquer une **colporraphie antérieure** (Voy. p. 566) et une **colpopérinéorraphie** (Voy. p. 569). La fixation de l'utérus par raccourcissement des ligaments ronds ou par hystéropexie ne saurait suffire alors ; elle ne remédierait pas, en effet, ou d'une façon absolument insuffisante et illusoire, à la chute du vagin, qui pourrait continuer à se distendre de plus en plus et à se retrousser au dehors par l'orifice vulvaire béant. Le rétrécissement du vagin, la restauration du périnée, sont donc nécessaires. Dans les prolapsus utérins légers, la colporraphie antérieure et la colpopérinéorraphie sont d'ailleurs suffisantes. On y ajoutera seulement, en cas d'allongement hypertrophique du col, une amputation de celui-ci.

Mais, dans les prolapsus utérins marqués, particulièrement dans les prolapsus complets (fig. 256), il convient d'agir sur l'utérus luimême ou sur ses moyens de suspension : on pratiquera donc soit l'hystéropexie abdominale isthmique, soit le raccourcissement des ligaments ronds ; mais cette opération devra être complétée, je le répète, par la colpo-périnéorraphie, qu'on pourra presque toujours faire immédiatement après, dans la même séance opératoire. On y joindrait, bien entendu, s'il y a lieu, le curettage de l'utérus, en cas de métrite, et l'amputation du col, si celui-ci est trop allongé, hypertrophié.

On conçoit que le raccourcissement des ligaments ronds ou la suspension de l'utérus à la paroi abdominale par l'hystéropexie puisse être insuffisante, illusoire ou suivie de récidive, si les tissus de la patiente sont relâchés à l'excès, si sa paroi abdominale est flasque et a perdu toute tonicité. On peut donc se trouver conduit dans certains cas à enlever l'utérus, à faire l'hystérectomie.

L'**hystérectomie** ne doit être, dans le prolapsus, qu'un traitement d'exception. Elle doit être réservée aux prolapsus ayant résisté aux autres moyens de traitement et ayant récidivé aux prolapsus invétérés qu'on ne peut plus arriver à réduire, à ceux qui sont irréductibles par suite d'adhérences, à ceux qui s'accompagnent d'une lésion utérine telle que cancer ou fibrome, enfin aux grands prolapsus des vieilles femmes ayant dépassé la ménopause et obligées de se livrer pour vivre à un travail pénible.



Fig. 256. — Prolapsus utérin complet (l'utérus sort hors de la vulve) (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

L'hystérectomie ne suffit d'ailleurs pas, à elle seule. Elle supprime l'utérus, mais ne remédie pas à la chute du vagin et à la cystocèle. Elle doit donc être suivie de la colpo-périnéorraphie, soit dans la même séance opératoire si l'ablation de l'utérus a été simple et n'a pas duré longtemps, soit quelque temps plus tard.

L'hystérectomie dans le prolapsus a presque toujours été pratiquée par la voie vaginale. Par suite du facile accès qu'on a sur l'organe prolabé, il est aisé de mettre des ligatures sur les ligaments larges. On devra mettre sur ceux-ci des ligatures et ne pas y laisser de pinces, si l'on procède immédiatement à la restauration périnéale, car les pinces gêneraient.

M. Pozzi joint à l'hystérectomie vaginale une **résection vaginale** concomitante, puis la colpo-périnéorraphie. Voici, d'après sa description, ce procédé : on circonscrit au bistouri sur la paroi vaginale antérieure un grand lambeau triangulaire, dont le sommet est à 2 ou 3 centimètres au plus du méat urinaire. La base de ce lambeau comprend dans son écartement le col utérin, dont il longe les côtés. Un petit lambeau triangulaire analogue est dessiné au bistouri sur la paroi postérieure ; ces deux triangles inégaux se confondent par leur base. On dissèque alors aux ciseaux les deux lambeaux de la muqueuse du vagin. Pour faciliter ce temps, il faut placer une sonde d'homme dans la vessie et en promener le bec sous l'endroit que l'on dissèque. Il faut également bien tendre les parties à l'aide de pinces tire-balles fixées sur les limites du champ opératoire. Lorsque les deux lambeaux sont disséqués et pendent en avant et en arrière du col, on se trouve dans les conditions de l'hystérectomie ordinaire, avec cette différence que la vessie affecte ici des rapports plus intimes et plus étendus avec le col de l'utérus élongé. On fait alors l'hystérectomie, avec ligatures d'abord sur la base des ligaments larges, puis sur leur partie supérieure. On réunit ensuite la large plaie vaginale antérieure au catgut par une suture continue à trois plans superposés. En arrière, on place simplement quelques points séparés de catgut pour réunir la plaie résultant de l'ablation du petit lambeau vaginal postérieur. Avant de les serrer, on introduit une mèche de gaze au niveau de l'espace qu'occupait l'utérus enlevé. Enfin on pratique une périnéorraphie par dédoublement.

Bouilly a décrit également un procédé associant une résection vaginale antérieure et postérieure à l'hystérectomie vaginale et à la colpo-périnéorraphie.

Enfin à l'hystérectomie vaginale suivie de restauration vagino-périnéale, on peut, à l'exemple de certains chirurgiens, Legueu, Barnsby, préférer l'hystérectomie abdominale supra-vaginale avec fixation du moignon du col à la paroi abdominale et colpo-périnéorraphie secondaire.

Signalons encore l'opération préconisée par Le Fort contre le prolapsus utérin : c'est le **cloisonnement du vagin**, consistant à aviver sur chacune des deux parois antérieure et postérieure du vagin, à partir de la vulve, une zone rectangulaire haute de 4 à 5 centimètres et large de 2, puis à réunir par des sutures les deux surfaces avivées. On obtient ainsi un cloisonnement du vagin, qui empêche la descente de l'utérus, mais qui n'empêche pas le coït ; l'accouchement nécessiterait toutefois la section de la cloison pour

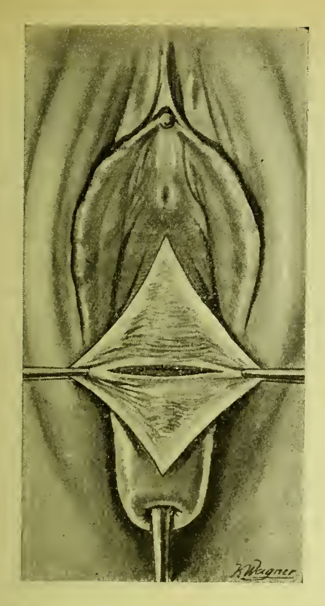


Fig. 257. — Opération de Wertheim-Schauta : la paroi vaginale antérieure disséquée et le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin incisé.

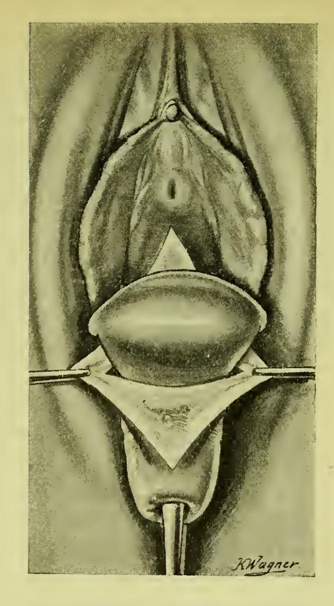


Fig. 258. — Opération de Wertheim-Schauta : le corps utérin basculé à travers l'incision du cul-de-sac vésico-utérin.

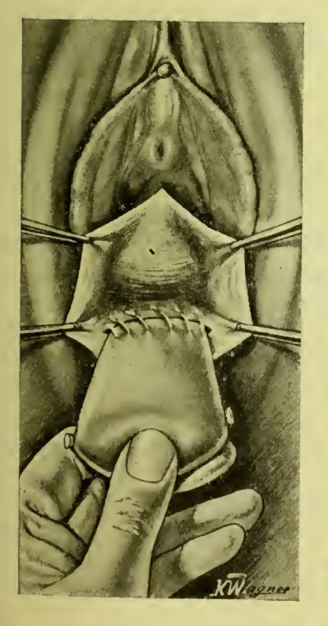


Fig. 259. — Opération de Wertheim-Schauta : le feuillet antérieur du cul-de-sac vésico-utérin suturé à la face postérieure de l'utérus.

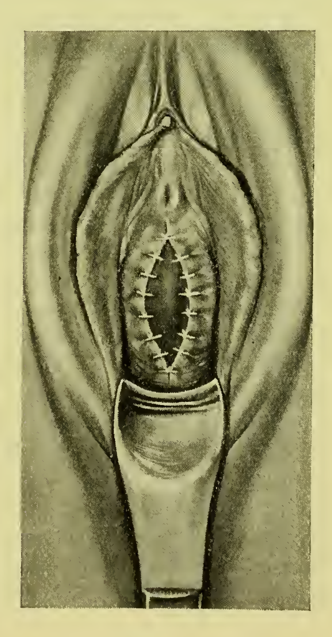


Fig. 260. — Opération de Wertheim-Schauta: la paroi vaginale antérieure n'a pu recouvrir complètement la surface utérine.

le passage de l'enfant. L'opération de Le Fort n'a jamais eu grande faveur. Cependant le Pr Chavannaz s'en est, récemment encore, montré partisan, pour le prolapsus utérin complet et réductible chez les femmes âgées, parce que cette opération est beaucoup moins grave qu'une intervention abdominale, chez une femme vieille et souvent atteinte de ptose généralisée. Il fait remarquer que, chez ces femmes, quand la paroi abdominale est faible et chargée de graisse, on peut à bon droit craindre de recourir à la laparotomie, car un insuccès, tant opératoire que thérapeutique, est toujours à redouter. Il réunit les deux surfaces avivées par une série de sutures transversales en surjet, au catgut, se succédant environ de centimètre en centimètre, et complète l'opération par une réfection du périnée.

Depuis quelques années est apparue en Allemagne une nouvelle méthode de traitement du prolapsus utéro-vaginal, dont l'initiative est due à Freund, et qui consiste, après colpotomie, à faire basculer le corps utérin à travers l'incision vaginale et à le fixer dans le vagin : le corps de l'utérus est ainsi utilisé pour jouer lui-même le rôle d'une sorte de pessaire qui remplit le vagin, soutient la paroi vésico-vaginale et empêche celle-ci de faire procidence. L'opération telle qu'on la pratique est connue sous le nom d'**opération de Wertheim-Schauta**.

On tire le col en bas au moyen d'une pince de Museux. On incise la paroi vaginale antérieure sur la ligne médiane, de 2 centimètres derrière le méat jusqu'au col, et on dissèque à droite et à gauche cette paroi vaginale, la séparant de la vessie (fig. 257). On sépare ensuite la vessie, au doigt ou aux ciseaux, de la face antérieure du col, et on ouvre largement le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin (fig. 257). On fait alors basculer l'utérus, luxant le corps utérin à travers cette ouverture du cul-de-sac vésico-utérin de manière à le faire apparaître à l'extérieur (fig. 258). On sectionne les trompes entre deux ligatures (car la nouvelle position qu'on va donner à l'utérus est incompatible avec l'évolution d'une grossesse), et on enfouit leurs tranches de section externes. On suture le feuillet séreux antérieur du cul-de-sac vésico-utérin (qu'on a eu soin de repérer) à la face postérieure de l'utérus (fig. 259), de manière à fermer la cavité péritonéale. Enfin on place l'utérus dans la loge formée par la dissection de la paroi vaginale antérieure ; on rabat les deux lambeaux droit et gauche de celle-ci sur la face antérieure de l'utérus et on les fixe à elle par quelques points de catgut (fig. 260) : la paroi vaginale n'est pas toujours assez étoffée pour recouvrir complètement la surface utérine, dont un petit ovale reste alors à nu dans la cavité vaginale (fig. 260).

Il convient de compléter l'opération par une colpopérinéorraphie.

H. Violet (de Lyon), qui a pratiqué trois fois cette opération avec de bons résultats, indique un seul cas de mort sur 292 cas qu'il a réunis; les résultats éloignés sont souvent très bons ; il faut cependant relever un certain nombre de récidives signalées par les divers auteurs.

Cette opération, qui nécessite la stérilisation de la femme, doit être réservée en principe, autant que possible, comme l'hystérectomie, aux femmes ayant atteint la ménopause, dans les cas qui ont récidivé après l'hystéropexie.

TROISIÈME CLASSE.

INVERSION UTÉRINE.

Consistant en un retournement, une *invagination* de l'utérus sur lui-même, l'INVERSION UTÉRINE est très rare. Elle est quelquefois causée par un *polype* fibreux utérin ; habituellement elle est d'origine *puerpérale*, et, bien qu'elle puisse se produire spontanément après l'accouchement, elle est le plus souvent consécutive à des tractions sur le cordon, le placenta étant encore adhérent, ou à des tentatives intempestives de décollement du placenta par expression utérine. L'*inertie de la paroi utérine* est nécessaire pour que l'inversion puisse se produire.

L'inversion détermine des *hémorragies* auxquelles peut succomber la malade, qui peut aussi mourir de *shock* dès les premiers moments après la production de l'accident, ou plus tard d'*infection*.

Traitement. — I. *Dans l'inversion récente*, peu de temps après l'accouchement, — sans parler des moyens thérapeutiques destinés à lutter contre le shock et à relever l'état général, — on commence par tenter la **réduction manuelle** ; si on échoue, on peut essayer la réduction lente par le **ballon de Champetier de Ribes** ou par le **tamponnement vaginal** ; enfin recourir à la **colpo-hystérotomie postérieure** ou à la **colpo-hystérotomie antérieure.** Je n'insiste pas sur ce traitement ni sur sa technique; je renvoie à l'article de Jeannin dans la THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE (Voy. p. 370).

II. *Dans l'inversion ancienne, chronique, si l'utérus n'est pas infecté et ne présente pas de lésions créant une contre-indication*, il faut commencer par **tenter la réduction manuelle**, comme dans l'inversion récente (Voy. THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE) : on a pu

réussir dans des cas même anciens ; toutefois les chances de réussite sont moindres que dans l'inversion récente.

En cas d'échec, on peut essayer, ici encore, la **réduction lente par le ballon ou par le tamponnement vaginal.** Ces méthodes de réduction lente, qui n'offrent qu'une sûreté médiocre, ont le double inconvénient d'être très douloureuses et de n'être pas toujours inoffensives, car la pression continue exercée sur la paroi utérine en a parfois amené le sphacèle : aussi Fresson repousse-t-il leur emploi.

Mieux vaut peut-être recourir de suite soit aux **incisions cervicales bilatérales**, prolongées jusqu'à l'isthme, qui sont recommandées par Fresson et qui peuvent suffire lorsque l'obstacle à la réduction est constitué par le col formant un anneau qui joue le rôle d'agent d'étranglement, soit à la **colpo-hystérotomie postérieure** (Piccoli, Westermark, Duret) ou **antérieure** (Kehrer).

La colpo-hystérotomie postérieure consiste en : 1° incision transversale du cul-de-sac postérieur ; 2° incision verticale médiane divisant le col et la paroi utérine postérieure dans toute sa hauteur ; 3° réduction sur place de l'utérus inversé; 4° suture de la section utérine en commençant par le fond de l'organe jusqu'à l'isthme ; 5° réintégration de l'utérus dans la cavité pelvienne en le faisant basculer de bas en haut et en débridant verticalement, si c'est nécessaire, la paroi vaginale postérieure ; 6° suture du col, et éventuellement de ce débridement vaginal ; 7° drainage du cul-de-sac de Douglas et pansement à la gaze.

Ce n'est que si l'utérus restait irréductible même après colpo-hystérotomie qu'on l'extirperait par **hystérectomie vaginale.**

Lorsque l'utérus est infecté ou *lorsqu'il présente des altérations profondes empêchant sa réduction*, il faut l'enlever en pratiquant l'**hystérectomie vaginale.**

CHAPITRE VII

MALADIES SPÉCIFIQUES GÉNITALES

Blennorragie.
Chancre mou,
Syphilis.
Tuberculose.
Infection puerpérale.

BLENNORRAGIE.

La BLENNORRAGIE, infection spécifique par le *gonocoque* de Neisser, peut atteindre, chez la femme, l'urètre, la vessie, et quelquefois l'uretère et le bassinet, d'une part, — d'autre part, la vulve, les glandes de Bartholin, le vagin, l'utérus, les annexes, et même le péritoine. La vaginite n'en est pas la localisation la plus fréquente. Les organes qui en sont le siège le plus fréquent sont l'*urètre* et le *col utérin*; mais souvent ces localisations sont plus ou moins méconnues et latentes. Il faut pourtant savoir que *la blennorragie latente est contagieuse* et est même un facteur de contamination d'autant plus important qu'elle est méconnue.

Chez une femme atteinte ou soupçonnée de blennorragie, l'urétrite, qui est fréquente mais passe beaucoup plus facilement inaperçue que chez l'homme, est en général facile à mettre en évidence en introduisant un doigt dans le vagin et en pressant de proche en proche et d'arrière en avant sur la face inférieure du canal de l'urètre : on ramène ainsi une goutte de pus qu'on voit sourdre au méat, pourvu que, bien entendu, la malade n'ait pas uriné depuis déjà un certain temps. On peut aussi constater la rougeur du méat, et au toucher vaginal l'existence d'un cordon douloureux formé par le canal urétral tuméfié.

Je rappelle, sans insister, les services que peut rendre éventuellement, dans les cas de diagnostics difficiles, quant à la nature d'une infection, la *recherche du gonocoque* dans les sécrétions purulentes ou muco-purulentes du vagin, du col utérin, etc.

La blennorragie, dans certains cas, ne reste pas localisée à

l'appareil urinaire ou génital, mais devient maladie générale et donne alors lieu aux complications articulaires ou autres connues sous le nom de *rhumatisme blennorragique*.

La blennorragie est ordinairement due à une contagion d'*origine vénérienne*. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et la vulvo-vaginite blennorragique des petites filles est même due le plus souvent à une *contamination accidentelle* par des objets (objets de toilette, éponges, serviettes, thermomètres, etc.) ayant servi à des personnes de l'entourage atteintes de la maladie. Il suffit d'énoncer cette étiologie pour en déduire les précautions prophylactiques destinées à éviter de semblables accidents.

Traitement. — Lorsqu'on est consulté par une femme atteinte de blennorragie urétrale ou génitale, il faut l'informer que sa maladie est contagieuse, et en particulier lui faire connaître les *risques de contamination oculaire* qu'il y aurait à porter ses mains des organes malades à ses yeux sans les avoir soigneusement lavées et nettoyées. Elle devra éviter ce qui peut être une cause de congestion des organes du bassin, *s'abstenir notamment de rapports sexuels*, non seulement pour ne pas semer la contagion, mais encore pour laisser les organes au repos et éviter leur congestion sous cette influence. Le *régime alimentaire* ne sera pas trop copieux, et on en écartera les mets excitants, les épices, les asperges, les liqueurs et les boissons alcooliques. La fatigue, les marches prolongées, les longues courses en voiture, la danse, les sports, seront évités.

Je n'étudierai pas ici, — devant l'étudier dans d'autres chapitres, le traitement de la VULVITE (Voy. p. 593), de la BARTHOLINITE (p. 594), de la VAGINITE (p. 601), de la MÉTRITE (p. 604), de la SALPINGO-OVARITE (p. 660), de la PARAMÉTRITE, de la PÉRIMÉTRITE et de la PELVI-PÉRITONITE (p. 708).

Contre l'URÉTRITE, à la période aiguë, on fera usage des diurétiques et des boissons alcalines : régime lacté, tisanes diurétiques (chiendent, etc.), bicarbonate de soude, eaux de Vichy ou de Vals. On donnera des antiseptiques urinaires : urotropine (1 gramme par jour en deux cachets de 50 centigrammes), salol (1 à 3 grammes, en cachets de 50 centigrammes), etc.

Lorsque la douleur, les phénomènes aigus ont disparu, on peut faire des lavages de l'urètre avec le permanganate de potasse à 1 p. 1 000, et dans les cas chroniques faire des instillations de nitrate d'argent à 1 p. 50.

Lorsqu'il y a de la CYSTITE, on fait également usage du régime lacté, des diurétiques, alcalins et antiseptiques urinaires. On cherche,

à la phase aiguë, à calmer les douleurs par des cataplasmes laudanisés, ou des lavements laudanisés, ou des suppositoires opiacés, morphinés, belladonés, cocaïnés, ou en faisant prendre de grands bains prolongés.

Après disparition des phénomènes aigus, on peut administrer des balsamiques, copahu, santal, térébenthine : on fera prendre par exemple quatre capsules de 25 centigrammes d'essence de térébenthine par jour (deux à déjeuner et deux à dîner), — ou deux fois par jour une cuillerée à soupe de sirop de térébenthine dans une tasse de tisane d'*uva ursi*. On pourra faire des lavages de la vessie au nitrate d'argent à 1 p. 500, ou encore, dans les cas chroniques, des instillations de nitrate d'argent à 1 p. 50.

CHANCRE MOU.

Le CHANCRE MOU, infection spécifique par le bacille de Ducrey, se manifeste sous forme d'ulcération (souvent il y en a plusieurs) ayant des bords taillés à pic, décollés, assez profonde, avec un fond purulent, sécrétant abondamment, anfractueux, et une base souple, non indurée. Il est ordinairement assez facile à faire cicatriser par le traitement, mais il se caractérise par sa *grande facilité à se réinoculer* : cette auto-inoculabilité est d'ailleurs parfois utilisée d'une façon voulue en clinique pour assurer le diagnostic dans des cas difficiles.

Le siège de beaucoup le plus fréquent du chancre mou chez la femme est la vulve (fourchette, grandes ou petites lèvres) ; il siège quelquefois à l'entrée du vagin ; mais, dans l'intérieur du vagin et sur le col utérin, il est beaucoup plus rare.

Les rapports sexuels, vu la grande contagiosité de l'affection, doivent être prohibés à la femme atteinte de chancre mou. Les pansements seront faits avec soin, de manière à éviter autant que possible le contact du pus chancreux avec les parties voisines, à cause de sa grande auto-inoculabilité.

On cautérisera le chancre, — après l'avoir détergé, — avec un petit tampon d'ouate hydrophile roulé sur le bout d'un stylet, imbibé d'une solution de nitrate d'argent à 1/20 et exprimé ; on pratiquera, en général, cette cautérisation une fois par jour jusqu'à ce que le chancre soit transformé en une plaie simple. Puis on poudrera le chancre avec une des poudres antiseptiques et cicatrisantes suivantes : iodoforme, diiodoforme, aristol, salol, dermatol.

Dans le cas de phagédénisme, on prescrirait le repos et des toniques ; on cautériserait la lésion avec le chlorure de zinc à 1/10,

puis on poudrerait à l'iodoforme. On peut aussi recourir à l'air chaud.

Enfin le chancre mou n'étant pas toujours pur, le *chancre mixte* étant commun, il faut surveiller la malade pour surprendre l'apparition de la syphilis (Gaucher); il est utile à cet égard de faire et répéter la réaction de Wassermann, en se souvenant, dit Gougerot, que, dans le chancre mixte, elle n'apparaît qu'après le quarante-cinquième jour et en moyenne du quarantième au soixantième, et que jusque-là une réaction négative n'a pas grande valeur. « Derrière tout chancre mou, même le plus typique, il faut rechercher systématiquement la syphilis » (Gougerot).

SYPHILIS.

L'étude de la syphilis et de son traitement a pris un tel développement qu'elle constitue aujourd'hui une véritable spécialité et qu'il est impossible de l'aborder ici, même d'une façon sommaire. Je renvoie donc aux ouvrages spéciaux (1).

TUBERCULOSE.

La tuberculose génitale peut être primitive et résulter d'une contamination directe par le sperme par exemple. Le plus souvent elle est secondaire, mais le foyer initial de la tuberculose peut être latent et ignoré.

La tuberculose génitale siège rarement à la vulve, au vagin, au col utérin et à l'ovaire, plus souvent à l'utérus ; sa localisation la plus fréquente est la trompe (salpingite tuberculeuse).

TUBERCULOSE DU VAGIN.

Elle est rare. On peut voir des ulcérations du vagin, offrant les caractères des ulcérations tuberculeuses : bords taillés à pic, irréguliers, anfractueux, fond gris jaunâtre avec enduit caséeux, souvent petits grains jaunes comme autour des lésions de même nature de la langue.

Si l'on observe une lésion de ce genre paraissant être une manifestation purement locale, il convient de l'exciser. S'il s'agit d'une tuberculeuse ayant d'autres organes atteints, on se contente de cautérisations, d'applications de teinture d'iode, d'acide lactique.

(1) Voy. Thérapeutique des Maladies cutanées et vénériennes, par Audry, Durand, Nicolas (*Bibliothèque de thérapeutique* Gilbert et Carnot).

TUBERCULOSE DE L'UTÉRUS.

Sa symptomatologie ne diffère pas de celle d'une métrite ordinaire. *Son diagnostic est difficile* et ne peut être assuré que par l'examen des produits de raclage (cellules géantes), par la recherche des bacilles, ou par le résultat de l'inoculation au cobaye des produits retirés de la cavité utérine.

Si l'on fait le diagnostic, le curettage doit être repoussé comme insuffisant et dangereux, car il peut donner un coup de fouet à la tuberculose. Si la tuberculose est localisée à l'appareil génital, les autres organes n'étant pas ou guère malades, et si l'état général est tel qu'on puisse espérer de l'ablation des lésions tuberculeuses un bon résultat, on fera l'*hystérectomie.*

TUBERCULOSE ANNEXIELLE.

L'ovaire est rarement frappé. Par contre, la salpingite tuberculeuse est la forme la plus fréquente de la tuberculose génitale de la femme. L'infection bacillaire de la trompe peut survenir par contamination sexuelle, comme la tuberculose de l'utérus ou du vagin ; mais le plus souvent elle est secondaire et se fait par voie sanguine. Pour la salpingite tuberculeuse, comme pour la tuberculose utérine il faut insister sur la *difficulté du diagnostic* : on la prend presque toujours pour une salpingo-ovarite ordinaire, à laquelle elle ressemble. Cependant certaines particularités peuvent permettre de soupçonner la nature tuberculeuse de l'affection ; ce sont : un mauvais état général disproportionné avec les lésions constatées (amaigrissement, anorexie, perte des forces, fièvre à grandes oscillations) ; l'aménorrhée coexistant avec un pyosalpinx ; l'existence de la salpingite chez une vierge ; la dureté de la tumeur, ses bosselures, son unilatéralité fréquente, la fréquence des poussées de pelvi-péritonite, l'immobilité de l'utérus emprisonné parmi des adhérences, la présence de poches ascitiques cloisonnées coïncidant avec des lésions annexielles, enfin l'absence dans les antécédents de commémoratifs d'infection blennorragique ou puerpérale. A l'appoint fourni par ces signes en faveur d'une probabilité plus ou moins grande de la nature tuberculeuse de la lésion, il faut ajouter la coexistence possible de tuberculose pulmonaire et surtout péritonéale et l'examen bactériologique des sécrétions de l'utérus.

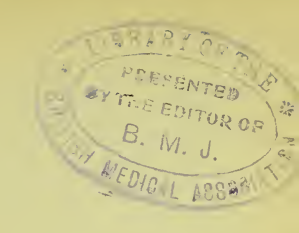
Si la nature de l'affection a été diagnostiquée, — ce qui n'est pas la règle, — *quelle conduite tenir* ? Deux considérations peuvent faire hésiter à recourir à l'intervention chirurgicale : d'une part,

on a vu parfois l'ablation de ces lésions être suivie d'une poussée de généralisation de la tuberculose ; d'autre part, leur ablation est souvent difficile, à cause des adhérences complexes qu'on trouve habituellement, et elle entraîne facilement des déchirures d'organes voisins, des fistules consécutives. Cependant, si l'état général est bon, si la tuberculose paraît locale, on opte généralement pour l'intervention. Celle-ci ne sera pas faite au moment des pousssées aiguës, mais à froid. Elle consistera d'abord dans la **laparotomie**. Il est fréquent alors de constater de la tuberculose péritonéale, plus ou moins étendue, avec un semis de granulations, qui fait faire le diagnostic si celui-ci n'avait pas été posé avant l'opération ; parfois il y a de l'ascite ou d'épaisses fausses membranes péritonéales. Mais il y a des cas où le diagnostic de la nature tuberculeuse est fort difficile ou impossible, même pendant l'opération et après celle-ci, pièce en mains : la salpingite tuberculeuse ne se distingue, en effet, parfois par rien de caractéristique d'une salpingite ordinaire, et ce n'est que l'examen histologique ou bactériologique qui peut établir la nature de la lésion.

Lorsque, le ventre ouvert, on constate que les annexes sont le siège exclusif ou principal des lésions, on cherche à les extirper, seules **(salpingectomie abdominale)** ou avec l'utérus **(hystérectomie abdominale)**, suivant l'étendue et la disposition des lésions. Si celles-ci apparaissent tellement complexes, perdues dans un tel bloc d'adhérences que leur extirpation semble dangereuse, mieux vaut les laisser et refermer le ventre que de s'engager dans une intervention trop hasardée et trop pleine de risques. On se contentera alors d'instituer le traitement général de la tuberculose, qui doit d'ailleurs être mis en application dans tous les cas.

INFECTION PUERPÉRALE.

Je n'étudierai pas ici le traitement de l'infection puerpérale, déjà étudié par Jeannin dans la THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE (Voy. p. 385).



CHAPITRE VIII

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET ORGANIQUES DE LA VULVE ET DU VAGIN

Affections de la vulve. — Vulvite. Bartholinite et kystes de la glande de Bartholin. Herpès. Végétations. Esthiomène. Éléphantiasis. Leucoplasie. Kraurosis. Cancer. Tumeurs.
Affections du vagin. — Vaginite. Kystes du vagin. Cancer.

PREMIÈRE CLASSE.

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET ORGANIQUES DE LA VULVE.

VULVITE.

La VULVITE est le plus souvent de nature gonococcique, même chez les petites filles, chez qui la contagion s'effectue ordinairement par le contact de linges, d'objets de toilette, de vases, plus rarement par suite d'un attentat à la pudeur. Des causes banales, non spécifiques, telles que le traumatisme (tentative de viol, etc.), peuvent aussi donner naissance à une vulvite.

Sensation de cuisson, prurit vulvaire, rougeur de la muqueuse et tuméfaction de la vulve, abondant écoulement leucorrhéique purulent, tachant le linge en jaune ou jaune verdâtre et donnant lieu à un érythème de la partie supéro-interne des cuisses, tels sont les symptômes observés.

Traitement. — Il consiste en lavages et bains de siège. A la période aiguë, on recommande le repos et les bains de siège, les lotions avec des substances émollientes et calmantes, par exemple la décoction de guimauve et pavot boriquée (1), ou encore des lotions

(1) Racine de guimauve .... 20 gr.
Tête de pavot .... N° 1.

Faire bouillir pendant une demi-heure dans un litre d'eau. Dissoudre 10 ou 20 grammes d'acide borique.

à l'eau blanche. On y associe bientôt des lavages antiseptiques, répétés plusieurs fois par jour, par exemple avec une solution de permanganate de potasse de 1 p. 4000 à 1 p. 1000 ou de sublimé à 1 p. 5000. Si la vulvite existait seule, sans vaginite, il serait indiqué de se contenter de lavages vulvaires, sans faire d'injections vaginales, pour ne pas faire pénétrer plus profondément l'infection. Mais comme ordinairement il y a *vulvo-vaginite*, des injections vaginales au permanganate doivent alors être associées aux lotions externes. Enfin il est indiqué, dans l'intervalle des lavages, de laisser entre les lèvres de la vulve un pansement de gaze ou d'ouate imbibée d'une solution ou imprégnée d'une substance antiseptique (gaze au peroxyde de zinc, par exemple) pour étaler la vulve et empêcher les lèvres de se mettre mutuellement en contact; un morceau d'ouate et un bandage en T maintiendront ce pansement. Les solutions astringentes (alun, tanin, sulfate de zinc, nitrate d'argent) peuvent être utilement employées, après la disparition des phénomènes aigus, pour lutter contre la persistance de l'écoulement leucorrhéique.

Lorsque la vulvite, devenue chronique, atteint les glandes de la vulve, donnant naissance dans la muqueuse à de petites nodosités ou même de petits abcès, il peut être nécessaire de cautériser au galvano-cautère ou d'exciser les follicules hypertrophiés.

La vulvite, en particulier dans la blennorragie, coexiste souvent avec de l'urétrite, de la cystite, de la bartholinite, de la vaginite, qui doivent être traitées en même temps qu'elle.

Ajoutons que la femme atteinte d'une vulvite doit complètement s'abstenir de rapports sexuels, non seulement pour éviter de contagionner son conjoint, mais encore pour mettre l'organe malade au repos et lui éviter tout traumatisme.

BARTHOLINITE.

La BARTHOLINITE, le plus souvent d'origine gonococcique, peut cependant être causée par les autres microbes pyogènes.

La *bartholinite aiguë* donne lieu à la tuméfaction d'une des grandes lèvres, le plus souvent la gauche, qui est rouge, chaude, œdématiée, et à la partie inférieure de laquelle on sent une induration formée par la glande; quelquefois on peut, par la pression, faire sourdre du pus par son canal excréteur. Bientôt un abcès se forme dans la glande et vient faire saillie à la face interne de la grande lèvre (fig. 261), où il s'ouvre si on ne l'a pas déjà ouvert. Plus rarement l'inflammation se termine, sans suppurer, par résolution ou par induration.

La *bartholinite chronique*, consécutive à la précédente ou installée d'emblée, se caractérise, avec ou sans induration de la glande, par un peu de rougeur autour de l'orifice de son canal excréteur et par la sécrétion muqueuse blanchâtre ou le muco-pus qu'on peut faire sourdre par celui-ci, du moins à certains moments, lorsque la glande est pleine, car il peut y avoir des alternatives de réplétion et de vacuité. C'est une des formes de la blennorragie latente — et d'ailleurs contagieuse — de la femme.

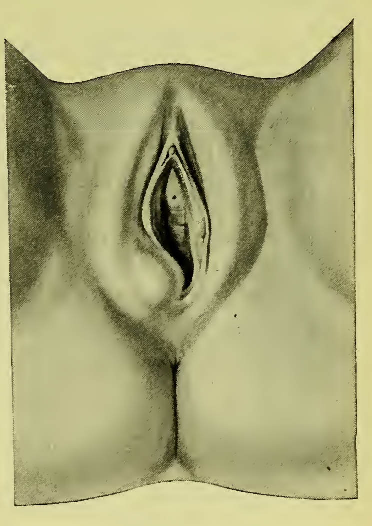


Fig. 261. — Bartholinite (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

Le plus souvent, à l'inverse du cas figuré ici, l'affection siège du côté gauche.

Traitement. — ***Dans la bartholinite aiguë, avant la suppuration***, la femme sera mise au repos, et on fera sur la vulve des applications de compresses chaudes imbibées d'une solution émolliente (décoction de guimauve et pavot boriquée).

Lorsque l'abcès est formé, il faut l'ouvrir par une incision sur la face interne de la grande lèvre et en toucher la surface interne avec un petit tampon imbibé d'une substance antiseptique (eau oxygénée, solution de permanganate, teinture d'iode). Les petites dimensions et le siège de l'abcès ne permettent guère d'y laisser un drain, qui ne tiendrait pas en place. On bourre sa cavité avec une petite mèche de gaze antiseptique. Les jours suivants, lorsqu'on renouvelle cette mèche, il faut avoir soin de maintenir avec la gaze l'orifice de l'incision largement ouvert, pour éviter qu'il ne se rétrécisse prématurément : il faut, en effet, que le bourgeonnement se fasse de la profondeur vers la superficie et que la cavité se comble d'abord dans sa partie profonde, pour éviter une fistulisation.

Lorsqu'une bartholinite suppurée existe chez une femme enceinte au voisinage du terme, pour éviter les risques d'infection au cours du travail ou dans les suites de couches, nous avons l'habitude, après avoir incisé l'abcès, de chercher à le stériliser autant que possible, en touchant la surface interne de sa cavité au thermocautère.

Dans la bartholinite chronique, il convient d'inciser la glande, après introduction d'une sonde cannelée ou d'un stylet dans son canal excréteur, et de la toucher avec une solution de nitrate d'argent à 1/30. Mieux vaut souvent, surtout en cas d'induration, l'exciser.

KYSTES DE LA GLANDE DE BARTHOLIN.

Siégeant presque toujours à gauche, ces kystes, causés par l'oblitération du canal excréteur à la suite de l'inflammation, paraissent être généralement la conséquence d'une bartholinite.

Traitement. — Il consiste dans leur **extirpation.** L'anesthésie locale peut être suffisante. On incise la muqueuse vulvaire, en dedans de la grande lèvre, sur le kyste, et suivant la direction de la grande lèvre. On cherche à énucléer le kyste petit à petit en le disséquant au bistouri ou aux ciseaux. On veille à éviter de l'ouvrir ; sa dissection est ainsi bien plus facile. On suture ensuite, en comblant, s'il le faut, la cavité résultant de l'ablation par plusieurs points de catgut.

Il n'est pas rare que ces opérations sur les glandes de Bartholin donnent une assez grande quantité de sang.

HYDROCÈLE ENKYSTÉE DE LA GRANDE LÈVRE.

Elle consiste en un kyste séreux siégeant à la partie supérieure (antérieure) de la grande lèvre, se distinguant par là d'un kyste de la glande de Bartholin, qui, lui, répond à la partie inférieure (postérieure) de cette même grande lèvre, et elle n'est autre qu'un kyste d'un vestige du canal de Nück.

Traitement. — Il consiste dans l'**extirpation.** Il peut arriver que la tumeur ait un prolongement inguinal ; le kyste peut même communiquer librement avec le péritoine. Il faut alors disséquer le prolongement inguinal et faire une opération, qui est, dans ce cas, absolument semblable à une cure radicale de hernie inguinale.

HERPÈS VULVAIRE.

L'herpès vulvaire, parfois consécutif à des irritations locales (leucorrhée, etc.), souvent lié à l'arthritisme, souvent récidivant, surtout dans les jours qui précèdent les règles, se caractérise par de petites vésicules multiples dont la rupture laisse des ulcérations rouges ou blanchâtres, à contours polycycliques, qui se recouvrent d'une croûte. La marche en est rapide et bénigne. Mais il détermine des

démangeaisons et souvent s'accompagne d'embarras gastrique fébrile. Il ne faut pas le confondre avec le chancre syphilitique, les plaques muqueuses ou le chancre mou.

Traitement. — Le traitement consiste en bains de siège tièdes, en lotions à l'eau blanche ou à l'eau boriquée, et à saupoudrer avec les poudres de talc, de sous-nitrate de bismuth, d'oxyde de zinc, d'iodoforme. Quand la cicatrisation tarde, on touche les ulcérations avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 ou à 1/30.

On n'oubliera pas de soigner l'état général chez les femmes sujettes à des poussées d'herpès vulvaire (arsenic, bains sulfureux, etc.).

(VÉGÉTATIONS VULVAIRES PAPILLOMES).

Les VÉGÉTATIONS, PAPILLOMES, CONDYLOMES vulvaires, sont formés par une quantité plus ou moins abondante de saillies papillaires, tantôt isolées quand elles ne sont pas trop nombreuses, tantôt confluentes et réunies en véritables tumeurs en choux-fleurs plus ou moins volumineuses. Elles apparaissent à la suite d'écoulements leucorrhéiques, blennorragiques ou non, surtout au cours de la grossesse, pendant laquelle elles s'hypertrophient notablement.

Lorsqu'il n'existe que de petites saillies papillaires, on peut essayer de les cautériser avec une solution d'acide chromique :

Acide chromique............	5 grammes
Eau	25 —

ou en les touchant avec l'acide acétique cristallisable. Lorsqu'elles forment des masses un peu volumineuses, il convient de les extirper soit au thermocautère, en saisissant une à une chacune des petites masses qu'elles forment avec une pince à disséquer et sectionnant son pédicule avec le thermocautère, soit aux ciseaux ou à la curette tranchante, en cautérisant ensuite leur base d'implantation au thermocautère.

Chez une femme enceinte, pour ne pas risquer une expulsion prématurée du produit de conception qu'on n'est pas certain de pouvoir éviter, il convient, en général, d'attendre le voisinage du terme, les dernières semaines de la grossesse, pour faire cette intervention.

ESTHIOMÈNE DE LA VULVE.

Le nom d'ESTHIOMÈNE DE LA VULVE (Huguier) sert à désigner des lésions ayant pour caractère la tendance à la fois à l'hypertrophie et à l'ulcération de la région vulvaire. Il se manifeste, suivant la prédominance de l'un ou de l'autre processus, soit par des saillies

mamelonnées irrégulières, sur lesquelles apparaissent des ulcérations qui gagnent tantôt en surface, tantôt en profondeur, soit par une augmentation de volume et une induration des grandes et des petites lèvres. On considère en général cette affection comme de nature tuberculeuse. On la distingue du cancer par les alternatives de destruction et de réparation avec cicatrisation partielle sur les bords, et par sa marche bien moins rapide que celle du cancer.



Fig. 262. — Éléphantiasis de la vulve (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

Traitement. — Outre des lotions vulvaires antiseptiques, on a préconisé les attouchements à la teinture d'iode, des pansements à la résorcine, enfin surtout la cautérisation des ulcérations, et l'excision au thermocautère ou au bistouri. D'autre part, le traitement général de la tuberculose ne doit pas être oublié.

ÉLÉPHANTIASIS DE LA VULVE.

Cette affection, très rare dans nos pays, se voit surtout aux Antilles et consiste en une hyperplasie considérable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, avec dilatation des vaisseaux lymphatiques : les grandes lèvres, énormément hypertrophiées, forment une masse volumineuse qui descend parfois jusqu'au voisinage des genoux (fig. 262). Elle est produite par la présence d'un ver, la *Filaria sanguinis hominis*, et due à l'obstruction des lymphatiques par le ver et ses embryons.

Traitement. — Il consiste dans l'**extirpation** au bistouri, suivie de suture.

KRAUROSIS VULVAIRE.

Le KRAUROSIS VULVÆ (Breisky) est un état anatomo-clinique consistant en une rétraction atrophique scléreuse progressive des téguments cutanéo-muqueux de la vulve, qui a pour conséquences l'affaissement des grandes lèvres, la disparition des petites lèvres, du capuchon et du frein clitoridiens, la rétraction de la région vestibulaire et hyménéale et par suite la sténose de l'orifice vaginal.

Il peut coexister avec des plaques blanchâtres de *leucoplasie*, mais on a trop souvent confondu kraurosis et leucoplasie vulvaire : si ces deux lésions sont parfois associées, il n'en est pas toujours ainsi, et elles sont en réalité distinctes (Jayle), le kraurosis étant essentiellement caractérisé par une lésion du derme et la leucoplasie par une lésion de l'épiderme.

Jayle distingue : un *kraurosis leucoplasique* ou *blanc*, simple ou syphilitique ; un *kraurosis inflammatoire* ou *rouge*, caractérisé soit par un développement anormal de petits vaisseaux dont la couleur rouge tranche nettement sur le fond pâle de la muqueuse (kraurosis inflammatoire vasculaire), soit par la congestion intense et même la suppuration des follicules de la muqueuse vestibulaire (kraurosis inflammatoire folliculaire) ; un *kraurosis sénile*, un *kraurosis post-opératoire*, consécutif à la castration ovarienne.

Jayle pense que le kraurosis se développe chez les femmes dont les ovaires n'existent plus anatomiquement (castration) ou physiologiquement (atrophie).

Le kraurosis leucoplasique se complique de cancer dans environ un dixième des cas.

Traitement. — Le traitement consiste à maintenir la propreté vulvaire, à faire des injections et ablutions adoucissantes (eau de pavot, de tilleul, de camomille). On traite, s'il y a lieu, les causes d'irritation, telles que métrite chronique; on examine les urines, pour voir si elles ne sont pas irritantes.

Dans le kraurosis folliculaire, Jayle conseille de cautériser tous les points enflammés avec la solution de permanganate concentré, au moyen d'un fin stylet garni de coton qu'on fait pénétrer dans les cryptes folliculaires.

Dans le kraurosis leucoplasique syphilitique, au début, on peut essayer le traitement antisyphilitique.

Le traitement chirurgical s'applique aux cas où il y a des plaques leucoplasiques persistantes (on en fait l'extirpation), et à ceux où la rétraction rend difficile le coït (on excise les tissus sclérosés, et on reconstitue par autoplastie l'orifice vulvaire).

LEUCOPLASIE VULVAIRE.

La LEUCOPLASIE OU LEUCOKÉRATOSE de la vulve consiste dans l'existence sur le revêtement cutanéo-muqueux vulvaire d'une ou plusieurs plaques blanchâtres, adhérentes, ne se détachant pas au frottement, dues à un épaississement et une hyperkératinisation de la couche épithéliale. Occasionnant du prurit, se compliquant parfois de fissures ou d'éraillures, la leucoplasie vulvaire s'observe presque toujours chez des femmes relativement âgées, approchant de la ménopause ou l'ayant dépassée.

Ce n'est qu'exceptionnellement (Jayle et Bender) qu'elle est étendue aussi au vagin.

Sa marche est chronique, se prolonge des années ; mais ce qui en fait la gravité, c'est qu'elle prédispose au cancer, qui vient la compliquer dans plus de la moitié des cas.

Aussi Perrin, Jayle et Bender, conseillent-ils l'*extirpation* large des plaques leucoplasiques, sans attendre leur transformation épithéliomateuse. En tout cas, il faut surveiller la marche de la lésion et prescrire des soins de propreté pour éviter les irritations et les inflammations locales.

CANCER DE LA VULVE.

Le CANCER DE LA VULVE, parfois consécutif à une leucoplasie vulvaire, est grave et récidive facilement après l'opération. Il ne relève que d'un traitement, l'**extirpation**, s'il n'est pas trop étendu et inopérable. On peut tenter l'opération même en cas d'adénopathies inguinales, si celles-ci peuvent être enlevées en même temps que le néoplasme originel.

Dans le cancer inopérable, la désinfection de la vulve et les calmants constitueront le traitement palliatif. Le radium pourra être essayé.

TUMEURS CONJONCTIVES DE LA VULVE.

Le *molluscum pendulum* (fibrome du derme), les *fibromes*, *fibro-myomes*, *lipomes* de la vulve se traitent par l'*extirpation*.

DEUXIÈME CLASSE.

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET ORGANIQUES DU VAGIN.

J'ai déjà étudié dans d'autres chapitres les *sténoses* (p. 503), le *thrombus* (p. 508), les *fistules* (p. 514), le *prolapsus* (p. 562) et la *tuberculose* (p. 590) du vagin.

VAGINITE.

La VAGINITE est le plus souvent due à la blennorragie, même chez les petites filles, comme la vulvite (Voy. plus haut) ; mais elle peut aussi relever de causes banales, par exemple le séjour de corps étrangers (pessaires), etc. Elle se traduit par une cuisson et une douleur locale, une leucorrhée abondante tachant le linge en jaune verdâtre ; le toucher vaginal est parfois rendu impossible par l'acuité de la douleur et le vaginisme ; la muqueuse vaginale est chaude, rouge, tuméfiée, souvent granuleuse, quelquefois superficiellement érodée.

Traitement. — Il doit souvent, à la phase initiale, si la douleur est très aiguë et empêche l'introduction des instruments (spéculum, canule à injection) dans le vagin, se borner au repos, aux bains de siège et aux applications émollientes sur la vulve (décoction de guimauve et pavot boriquée), enfin à l'administration de calmants (opiacés, bromures, etc.). On évitera la constipation par des lavements ou des purgatifs.

Lorsque l'inflammation n'est plus aussi aiguë ni la douleur si violente, il faut pratiquer des **irrigations vaginales**, de préférence avec le permanganate de potasse à 1 p. 2000 et même 1 p. 1 000. Ces irrigations, de 2 litres au moins, doivent être répétées deux ou trois fois par jour. Il y aurait avantage, pour ces injections, à déplisser la muqueuse vaginale par l'introduction préalable d'un spéculum grillagé. Dans leur intervalle, il est utile de mettre dans le vagin un tampon d'ouate stérile ou de gaze iodoformée ou au peroxyde de zinc, qui sépare et déplisse les parois vaginales.

Les phénomènes aigus dissipés, il est indiqué, dans l'intervalle des irrigations, de faire de temps à autre, après application du spéculum, une détersion de la muqueuse avec des tampons d'ouate, suivie d'attouchements antiseptiques avec une solution de protargol à 1/20 ou de nitrate d'argent à 1/50.

Dans la vaginite blennorragique chronique, M. Doléris, dans l'intervalle des injections au permanganate, maintient dans le vagin des tampons qui le déplissent et qui sont enduits d'une des pommades suivantes :

1° Iodoforme	} ãã 5 grammes.	
Dermatol		
Vaseline	20	—
2° Benjoin	} ãã 5 grammes.	
Camphre		
Cubèbe		
Vaseline	25	—

La première est plus irritante que la seconde et doit être remplacée par celle-ci s'il se produit de la rougeur et de la cuisson.

Enfin il va sans dire que, lorsque la vaginite dépend d'une cause facile à supprimer (pessaire), c'est par là qu'il faut commencer.

De même, si la vaginite est entretenue par une métrite du col, il faudra soigner celle-ci.

La *vaginite granuleuse* de la grossesse, qu'elle soit ou non de nature blennorragique, se traite par les injections de permanganate.

Quant à la *vaginite puerpérale* (plaies infectées ou escarres vulvo-vaginales), son traitement a été étudié ailleurs (Thérapeutique obstétricale, p. 386).

KYSTES DU VAGIN.

Dus à la dilatation kystique de débris embryonnaires du corps de Wolff, les kystes du vagin forment des tumeurs en général uniques, arrondies, ordinairement sessiles, faisant corps avec la paroi vaginale, souvent assez adhérentes à la muqueuse, mais mobiles sur les parties sous-jacentes, enfin fluctuantes et non douloureuses. Quelquefois ils déterminent un prolapsus du vagin et apparaissent à l'extérieur. Lorsqu'ils atteignent un certain volume, ils peuvent gèner le coït, la miction. Petits, ils restent inaperçus ou sont découverts par hasard.

Traitement. – Le traitement par la ponction simple ou suivie d'injection irritante ne doit pas nous arrèter. Le vrai traitement est l'**extirpation**, pour laquelle l'anesthésie locale est parfois suffisante. Après incision de la muqueuse vaginale, on cherche un plan de clivage pour énucléer la tumeur, en évitant autant que possible de l'ouvrir, ce qui facilite sa libération. M. Pozzi, pour rendre celle-ci plus aisée, a eu recours à une injection préalable de paraffine dans la cavité kystique. Lorsque le kyste a un gros volume, on ne saurait l'énucléer sans l'ouvrir; alors on l'incise, et on s'aide d'un doigt introduit dans sa cavité pour séparer ensuite la poche des tissus voisins. Il peut arriver parfois qu'on trouve un pédicule, car on a vu certains de ces kystes qui se prolongeaient par un cordon vers le cul-de-sac latéral du vagin et même vers l'abdomen ; en pareil cas, on mettrait une ligature sur le pédicule, qu'on sectionnerait au-dessous.

La cavité résultant de l'ablation du kyste doit être ensuite oblitérée par des sutures étagées au catgut.

CANCER DU VAGIN.

Le cancer primitif du vagin est rare. Le siège le plus fréquent où il se développe est la partie supérieure de la paroi postérieure,

au voisinage du cul-de-sac de Douglas. Insidieux et facilement méconnu au début, il détermine à sa période d'état des écoulements leucorrhéiques fétides, des écoulements sanguins, des douleurs, se propageant au col de l'utérus, au rectum, à la vessie et aux uretères, donnant parfois lieu à des fistules recto-vaginales ou vésico-génitales ou à diverses complications. Ce cancer est grave et récidive ordinairement après l'opération.

Traitement. — Il doit être chirurgical et consister dans l'**extirpation**, si le cancer est encore limité.

L'extirpation se fait par **voie vaginale** si la tumeur est petite : on incise la paroi vaginale autour du néoplasme en tissu sain, et, après ablation de la masse morbide, on suture la plaie. La voie vaginale peut être employée aussi pour l'ablation de cancers relativement étendus, en ayant au besoin recours à deux débridements postéro-latéraux sur l'orifice vulvaire. Mais, dans les cancers un peu étendus, mieux vaut peut-être recourir à une autre voie, préconisée par Olshausen, déjà utilisée par M. Pozzi, et qui vise surtout à mettre à l'abri des greffes cancéreuses et de la récidive : c'est la **voie périnéale**.

On incise transversalement le périnée et on dédouble petit à petit, de bas en haut, la cloison recto-vaginale jusqu'au cul-de-sac de Douglas, en s'aidant d'un doigt introduit dans le rectum. On arrive à isoler ainsi la tumeur par sa face profonde ; on la fait alors saillir dans le vagin, et on sectionne autour d'elle et à distance la paroi vaginale en tissu sain. On suture enfin le vagin, on rétrécit la brèche périnéale en laissant une mèche de gaze.

La même voie permet, lorsque le col est envahi, d'extirper en même temps l'utérus, en ouvrant le cul-de-sac de Douglas, faisant basculer l'utérus en arrière, et sectionnant les ligaments larges en allant des trompes vers le col.

La **voie sacrée**, préconisée par quelques chirurgiens pour l'ablation des cancers étendus, est grave et peut-être insuffisamment justifiée dans une affection où la récidive est la règle.

Lorsque le cancer est inopérable, on se contente d'un **traitement palliatif** : injections vaginales antiseptiques (liqueur de Labarraque, 4 cuillerées à soupe par 2 litres d'eau bouillie ; — eau oxygénée à 12 volumes coupée de quantité égale d'eau bouillie ; — permanganate de potasse, de $0^{gr},25$ à 1 gramme p. 1 000) pour désinfecter le vagin et combattre les écoulements fétides; curettage prudent des fongosités cancéreuses, en cas d'hémorragies; calmants (morphine, etc.) pour soulager les douleurs.

Enfin, dans ces derniers temps, le RADIUM a été utilisé et a donné, comme dans le cancer de l'utérus, des résultats encourageants.

CHAPITRE IX

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET ORGANIQUES DE L'UTÉRUS

Affections inflammatoires et dystrophiques. — Métrite. Sclérose utérine.
Tumeurs. — Fibro-myomes. Polypes. Sarcome. Cancer. Déciduome malin.

PREMIÈRE CLASSE.

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET DYSTROPHIQUES.

MÉTRITE.

La MÉTRITE est l'inflammation, ou, pour préciser davantage, l'*infection* de l'utérus. La *blennorragie* et l'*infection puerpérale* sont ses deux causes majeures ; mais elle est aussi causée par des *infections banales*, déterminées, par exemple, par l'introduction d'instruments ou de pansements non aseptiques, ou favorisées par une déchirure du col, par une déviation ou un prolapsus utérin, par des fibromes, par une sténose du col. Celle-ci peut provoquer l'accumulation dans la cavité utérine de sécrétions infectées et purulentes (*pyométrite*).

La métrite débute parfois d'une façon AIGUË, donnant lieu à de vives douleurs dans le bas-ventre, à un écoulement leucorrhéique jaunâtre, à des phénomènes fébriles ; le bas-ventre est d'une sensibilité extrême au palper, de même que l'utérus au toucher et souvent les culs-de-sac vaginaux ; fréquemment d'ailleurs l'inflammation est plus ou moins étendue au péritoine péri-utérin, au tissu cellulaire pelvien, aux annexes ; mais l'examen de la malade, à cause de la sensibilité des parties, ne permet pas toujours de préciser exactement le degré d'extension de l'inflammation. Les phénomènes aigus s'apaisent au bout de quelque temps, et généralement la métrite passe à l'état chronique.

La MÉTRITE CHRONIQUE peut donc faire suite à une métrite aiguë, mais très souvent elle s'installe chronique d'emblée : elle se manifeste par de la pesanteur pelvienne ou même de vraies *douleurs*

dans le bas-ventre et les lombes, et par une *leucorrhée* plus ou moins jaunâtre, qui est épaisse, visqueuse et se détache difficilement lorsqu'elle provient du col, plus abondante et plus fluide lorsqu'elle vient du corps utérin. Il y a aussi parfois des *métrorragies* : celles-ci sont même le principal symptôme de certaines variétés de métrite (*endométrite hémorragique*), dans lesquelles il existe un développement vasculaire quasi angiomateux de la muqueuse utérine.

Les troubles dyspeptiques, nerveux, communs dans les affections utérines et qui font partie du syndrome utérin de Pozzi, s'observent souvent dans les métrites.

Lorsqu'on examine au spéculum le col d'un utérus atteint de métrite, on constate ordinairement autour de l'orifice externe, par où s'écoulent des sécrétions plus ou moins abondantes, une zone circulaire se distinguant, par sa couleur d'un rouge vif et par son aspect exulcéré, du reste de la surface du museau de tanche : en réalité, il ne s'agit ordinairement pas là d'une véritable ulcération, mais d'un *ectropion* de la muqueuse endocervicale hors de l'orifice externe sous l'influence de l'inflammation ; il est surtout accentué lorsque le col a été déchiré par un accouchement antérieur. Quelquefois cependant il existe de vraies ulcérations.

La métrite est ordinairement localisée à la muqueuse (*endométrite*). Mais lorsqu'elle dure longtemps, les altérations inflammatoires s'étendent parfois à toute l'épaisseur du parenchyme de l'organe, qui augmente alors notablement de volume (*métrite parenchymateuse*).

La métrite chronique tend souvent à se fixer surtout et à persister indéfiniment au niveau du col (*métrite du col*) ; lorsque l'infection a gagné la profondeur des nombreuses glandes du col, elle s'y cantonne d'une façon tenace, rebelle aux moyens de traitement ordinaires qui n'agissent que superficiellement, ce qui oblige souvent, nous allons y revenir, à une cautérisation profonde ou à une excision d'une partie de l'épaisseur de la paroi cervicale pour détruire ces glandes.

I. — Traitement de la métrite aiguë.

Je laisserai ici de côté la *métrite puerpérale*, dont le traitement a été étudié dans une autre partie de cet ouvrage (Voy. Thérapeutique obstétricale, p. 390).

Toute métrite aiguë se caractérisant par des douleurs violentes dans l'abdomen, des vomissements, de la sensibilité extrême du bas-ventre et de la fièvre, doit se traiter médicalement. On ne doit, sous aucun prétexte, pratiquer de curettage, qui provoquerait des acci-

dents graves. La malade sera mise au **repos absolu au lit**, et on veillera à *éviter la constipation*, en faisant usage au besoin de lavements, de purgatifs salins ou d'huile de ricin.

Le traitement consistera dans l'emploi de calmants et d'antiphlogistiques.

Parmi les CALMANTS, citons les lavements laudanisés, les suppositoires belladonés ou morphinés, les bains de siège chauds. Comme DÉCONGESTIONNANTS, on emploiera la **glace sur le ventre**, les **irrigations vaginales chaudes** (1) et les **lavements chauds**, dont nous aurons à reparler maintes fois dans le traitement des inflammations de l'utérus et de ses annexes (nous les étudierons plus complètement au chapitre SALPINGO-OVARITES). Les **tampons vaginaux** ou **ovules glycérinés** (Voy. p. 473) rendent également de grands services. Si le col utérin est très volumineux et très rouge, on pourra pratiquer aseptiquement des **scarifications sur le col** (Voy. p. 474).

Certains médecins proposent dans le même but de placer des **sangsues** sur la paroi abdominale, au niveau des fosses iliaques.

LORSQUE LA DOULEUR ET LA FIÈVRE ONT DISPARU, il faudra pratiquer un traitement intra-utérin. On se servira des **crayons médicamenteux** à l'iodoforme, à l'ichtyol, au sublimé, etc., soit mieux des **injections intra-utérines** pratiquées avec une sonde à double courant et une solution de permanganate de potasse à 1 ou 2 p. 1 000. On pourra également cautériser la cavité utérine avec des tampons montés trempés dans une solution de nitrate d'argent à 1 p. 30 ou imbibés de teinture d'iode.

Il est indispensable, avant de pratiquer ces pansements, de bien savonner la vulve et le vagin et de laver soigneusement ces organes avec une solution antiseptique.

Certains auteurs conseillent même d'endormir les femmes pour éviter la douleur qui résulte du savonnage et du nettoyage des organes génitaux inflammés.

II. — Traitement de la métrite chronique.

Le **repos** devra être prescrit : non plus le repos absolu au lit (réservé aux poussées aiguës ou subaiguës), mais un repos relatif ;

(1) A l'action décongestionnante de la chaleur, on pourra joindre une action antiseptique en faisant des injections vaginales avec une solution de permanganate ou de sublimé, ou une action calmante en faisant des injections avec la décoction de guimauve et pavot boriquée :

Racine de guimauve	20 ou 30 grammes.
Tête de pavot	N° 1.

Faire bouillir pendant une demi-heure dans 1 litre d'eau. Dissoudre 40 grammes d'acide borique pour 1 litre.

la femme devra éviter toute fatigue, toute longue marche, et se reposera fréquemment, sur la chaise longue si c'est possible.

Tout ce qui peut déterminer de la congestion utérine ou pelvienne devra être évité : la femme suspendra les rapports sexuels, et elle devra **ne pas se laisser constiper**, s'adressant pour cela au régime alimentaire, aux lavements, aux laxatifs, au besoin même aux purgatifs salins ou à l'huile de ricin. Les préceptes d'hygiène, le régime alimentaire, déjà indiqués quand j'ai traité de la CONGESTION UTÉRINE (Voy. p. 472), sont ici de mise.

On recommande, pour décongestionner l'utérus, les **grandes irrigations vaginales chaudes** ou les **lavements chauds**, qui conviennent surtout aux cas subaigus et aux poussées congestives. Vu la complication relative que présente la mise en œuvre bien faite de ce traitement (dont je reparlerai plus amplement au chapitre SALPINGO-OVARITES), on se contente souvent, dans la pratique courante, des simples **injections vaginales**, bien moins efficaces ; du moins, devra-t-on faire à la malade des recommandations précises sur la manière de les pratiquer : elle devra les faire deux fois par jour, matin et soir, *dans la position couchée* (et non simplement accroupie), *aussi chaudes qu'elle pourra les supporter*, vers 45° ou 48° (sauf le cas de grossesse, qui créerait à cet égard une contre-indication), employer une canule vaginale perforée non du bout mais latéralement, enfin faire passer au moins 2 litres (et si possible 4 litres, c'est-à-dire deux bocks ordinaires) du liquide injecté. Quelle que soit la solution employée, il faudra toujours se servir d'eau *longuement bouillie*. Il est indiqué en général de se servir d'une solution antiseptique : on emploie souvent le permanganate de potasse (de 0gr,25 à 1 gramme p. 1000) ou le sublimé (0gr,20 ou 0gr,25 p. 1 000).

L'emploi de **tampons glycérinés** dans le vagin est très répandu et recommandable. Après avoir mis le spéculum et détergé le col avec un tampon d'ouate stérilisée mouillé et exprimé, on introduit au fond du vagin, au contact du col, un tampon d'ouate stérile auquel est attaché un long fil et qu'on a imbibé de glycérine neutre. Ce tampon est laissé en place douze ou vingt-quatre heures, au bout desquelles la femme l'enlève en tirant sur le fil qu'on a laissé pendre en partie hors de la vulve. La glycérine, grâce à son pouvoir hygrométrique, attire du liquide, provoque d'abondantes sécrétions et a ainsi une action décongestionnante due à cette sorte de « saignée blanche ». Habituellement, on se sert pour ces pansements de glycérine additionnée d'une substance antiseptique, astringente ou modificatrice qui peut avoir sur le col, sur ses ulcérations, une action heureuse : on a notamment beaucoup employé

la glycérine au *tanin* (de 1 à 10 p. 100), celle à l'*ichtyol* (de 10 à 30 p. 100). Aujourd'hui, on emploie souvent le *thigénol*, qui possède à la fois une action analgésique, décongestive, résolutive et antiseptique (thigénol, 40 grammes ; glycérine, 60 grammes).

Au lieu de tampons glycérinés, on peut avoir recours aux *ovules glycérinés*, simples ou à divers médicaments (ichtyol, thigénol, etc.), d'un usage très commode, car la femme peut facilement se les introduire elle-même dans le vagin, le soir en se couchant, tous les deux jours environ. Elle devra bien se garnir, à cause de l'abondante sécrétion qu'ils provoquent.

Les moyens de traitement précédents restent souvent insuffisants, et l'on doit alors mettre en œuvre une action thérapeutique portant sur l'intérieur même de la cavité utérine. On fait usage de **crayons médicamenteux** introduits dans l'utérus, par exemple des crayons à l'iodoforme ; ou bien, on pratique, après avoir dilaté l'utérus avec les bougies de Hegar, des **injections intra-utérines antiseptiques** suivies de l'**application dans l'utérus d'une mèche** de gaze iodoformée ou salolée ou imbibée de glycérine créosotée à 1/10, mèche qu'on renouvelle tous les jours ou tous les deux jours pendant une semaine.

On a aussi parfois recours à la **cautérisation** de la muqueuse utérine : l'application dans l'utérus de crayons de pâte de Canquoin (1 gramme de chlorure de zinc pour 2 ou 3 grammes de farine de seigle), employés autrefois par Polaillon et Dumontpallier, est complètement abandonnée, car l'action caustique dépassait parfois la muqueuse et entraînait des atrésies ou des sténoses du col. Mais on peut faire des attouchements de la muqueuse utérine avec une solution de chlorure de zinc de 5 à 20 p. 100, ou avec la teinture d'iode, la solution de nitrate d'argent à 1/30, la glycérine créosotée au tiers. Un certain nombre de gynécologues donnent la préférence aux instillations intra-utérines d'une solution de chlorure de zinc à 20 p. 100, préconisées par M. Pierre Delbet : après dilatation de la cavité utérine, on y injecte avec la sonde de Braun ou de Collin (fig. 204) 1 ou 2 centimètres cubes de cette solution, en faisant faire en même temps une irrigation d'eau bouillie dans le vagin pour éviter de cautériser celui-ci. On fait ensuite un tamponnement vaginal lâche à la gaze stérile. On fait ces instillations tous les huit à douze jours : trois à six instillations suffiraient à obtenir la guérison. D'autres ont injecté de même de la teinture d'iode, de la glycérine créosotée au tiers.

Enfin un dernier mode de traitement auquel on recourt souvent est la destruction de la muqueuse utérine par le **curettage** : j'ai déjà étudié celui-ci et sa technique (Voy. p. 434).

Tel est le traitement des métrites chroniques, en général, et plus particulièrement de la forme commune, caractérisée surtout par des écoulements leucorrhéiques et désignée souvent sous le nom d'ENDOMÉTRITE CATARRHALE.

Dans l'ENDOMÉTRITE HÉMORRAGIQUE, où les pertes de sang sont le symptôme prédominant, on cherche à arrêter celles-ci par les moyens déjà indiqués (Voy. MÉTRORRAGIE, p. 476) : injections vaginales chaudes, administration de médicaments hémostatiques, etc. Si les pertes de sang persistent ou sont très abondantes, il faut, sans s'attarder à ces moyens, pratiquer le **curettage utérin**, qui donne alors ordinairement les meilleurs résultats : l'endométrite hémorragique est la plus indiscutée des indications du curettage, et c'est surtout dans cette forme de métrite que celui-ci donne de brillants succès.

La MÉTRITE PARENCHYMATEUSE se traite par les mêmes moyens précédemment étudiés; c'est surtout dans cette forme que paraît pouvoir être employé utilement le **massage** utérin.

Parmi les moyens de traitement appliqués à la cure des métrites chroniques, signalons encore le **drainage**, qui n'est guère usité, car les drains à demeure dans l'utérus sont des corps étrangers qui risquent d'irriter l'organe déjà enflammé, et l'**électrothérapie** (1).

Le **traitement général** ne doit pas être négligé dans les métrites chroniques : on prescrira, suivant les indications, des toniques, des médicaments pour réveiller l'appétit ou combattre la dyspepsie, etc. D'autre part, il ne faut pas oublier que, si les métrites chroniques ont pour point de départ une infection de l'utérus, elles sont souvent influencées et entretenues par un état général diathésique tel que le lymphatisme, la scrofule, l'arthritisme. Un traitement général bien dirigé pourra combattre ces dispositions constitutionnelles.

Les **cures aux eaux minérales** offrent à ce point de vue d'utiles ressources, et l'heureuse influence qu'elles peuvent exercer sur les phénomènes locaux est dans bien des cas liée pour une bonne part à leur action sur l'état général. J'ai déjà assez longuement étudié le choix d'une station dans le chapitre spécial consacré aux EAUX MINÉRALES (Voy. p. 465).

III. — Traitement des métrites du col.

La métrite du col est généralement associée à la métrite du corps, et l'on est obligé de traiter toute la muqueuse utérine. Dans

(1) Voy. Électrothérapie, par NOGIER, in *Bibliothèque de thérapeutique* GILBERT et CARNOT.

certains cas, cependant, c'est le col qui seul est malade et qui seul a besoin d'être soigné.

Il existe plusieurs degrés dans l'intensité de l'affection.

Premier degré. — Dans un premier degré, il n'existe pas de lésions profondes. On s'aperçoit alors que les règles sont normales, les pertes sont glaireuses, très épaisses, et quand on examine la femme au spéculum, on voit qu'il s'écoule par l'orifice du col des mucosités très adhérentes et visqueuses. Cette forme de métrite souvent tenace est d'autant plus sournoise qu'elle fait peu souffrir les femmes. Elle est une cause fréquente de stérilité.

On commencera par prescrire le traitement ordinaire de la métrite chronique : injections chaudes, ovules à la glycérine, puis on pratiquera des cautérisations intracervicales. Celles-ci seront faites avec le porte-tampon (fig. 185), et l'on cautérisera la cavité du col avec la teinture d'iode, la glycérine créosotée à 1 p. 10, le nitrate d'argent à 1 p. 20, le chlorure de zinc à 1 p. 20. Il sera inutile de dépasser l'orifice interne du col. Ces pansements seront répétés trois fois par semaine, et l'on obtiendra généralement d'excellents résultats. Il sera bon, avant de cautériser le col, de bien nettoyer la cavité des glaires qu'elle contient. Un coton moite suffira généralement à effectuer ce nettoyage.

Budin conseillait de dilater le col et d'écouvillonner sa cavité avec de petits écouvillons durs faits en barbe de plume. Il cautérisait ensuite à la glycérine créosotée. C'est dans le même esprit que Doléris conseillait le hersage du col. On doit être assez réservé de ces procédés, car, si la malade présente la moindre inflammation annexielle, on peut voir survenir une poussée nouvelle. Le plus souvent les cautérisations intracervicales suffisent à guérir ces métrites cervicales de peu d'intensité. C'est dans ces cas que la ventouse de Bier pourra rendre de grands services.

Deuxième degré. — Il s'agit ici d'un col gros, exulcéré, avec un léger degré d'ectropion. On peut encore, dans ces cas, espérer guérir les malades avec le traitement médical que nous venons de décrire, et l'on voit généralement les lésions s'améliorer d'une façon très marquée.

Malheureusement, le plus souvent, la cavité utérine est également malade, et l'on est obligé de traiter la métrite du corps en même temps que la métrite du col. Si le traitement médical ne suffit pas, ce qui est rare, il faudra se résoudre à attaquer les moyens chirurgicaux (Voy. plus loin).

Troisième degré. — Ici les lésions sont beaucoup plus marquées. On est en présence de cols énormes, hypertrophiés, sécrétant du

muco-pus épais, bourrés de kystes dus à la dilatation de la partie profonde des glandes (œufs de Naboth), mais ne présentant pas d'ulcérations; ou bien le col est largement ulcéré et déchiré par des accouchements antérieurs. Le traitement médical peut encore être essayé, mais avec moins grandes chances de succès. Cependant on obtient parfois des résultats excellents. On devra donc commencer par l'essayer; mais si, après plusieurs mois de patience, on ne voit pas survenir une amélioration bien nette, il faut se décider à intervenir chirurgicalement. Avant de décrire les opérations qui ont été recommandées dans ces cas, nous devons cependant dire un mot d'un procédé qui est prôné par différents gynécologues, nous voulons parler des ***cautérisations profondes.***

Elles peuvent se faire soit avec le thermocautère, soit avec des caustiques chimiques.

Le thermocautère s'emploiera avec avantage dans les cas de cols très *volumineux* et sans trop d'ectropion. On se servira d'un spéculum en bois; puis on enfoncera une pointe fine de thermocautère, parallèlement à la cavité cervicale, en plein tissu musculaire, en se tenant à certaine distance du conduit du col; la pénétration devra être de 1 ou 2 centimètres, et l'on fera ainsi cinq ou six ponctions ignées, sur tout le pourtour du col. Il se produit ainsi un tissu cicatriciel qui rétracte le col sans déformer sa cavité.

Un procédé qui a été très en honneur dans ces dernières années est la **cautérisation du col avec le caustique de Filhos,** ardemment préconisée par M. Richelot. Après avoir donné une injection, on applique le spéculum ; on place dans le cul-de-sac postérieur un mince tampon d'ouate hydrophile pour le préserver contre un léger suintement qui peut venir du col pendant la formation de l'escarre. On fait saillir le caustique d'un demi-centimètre sur le tube qui le porte, et on le porte sur le col avec une pince. « Il faut appuyer et maintenir le caustique assez longtemps sur chaque partie du col, attendre que la muqueuse attaquée noircisse et devienne sanguinolente, le promener sur tous les points, l'arrêter davantage là où la lésion est le plus accentuée, l'entrer à fond dans la cavité cervicale ; de temps à autre, essuyer l'extrémité du caustique, essuyer la bouillie qui couvre le col, et continuer jusqu'au moment où l'escarre noire est partout bien formée. L'opération dure de trois à cinq minutes. Pour tout pansement, un tampon d'iodoforme ou de salol est porté sur le museau de tanche.

« La femme peut rentrer chez elle, mais elle doit rester au repos toute la journée, étendue s'il est possible. Dès le lendemain, elle ôte le tampon et fait chaque jour une ou deux injections d'eau bouillie.

« La cautérisation est renouvelée chaque semaine, et le nombre des cautérisations varie de huit à douze » (Richelot).

Ce traitement, d'après Richelot, ne provoquerait pas d'atrésie du col.

Quant aux **opérations pratiquées sur le col**, elles ont pour but de supprimer toute la muqueuse intracervicale et le tissu musculaire sous-jacent avec les glandes qui pénètrent profondément.

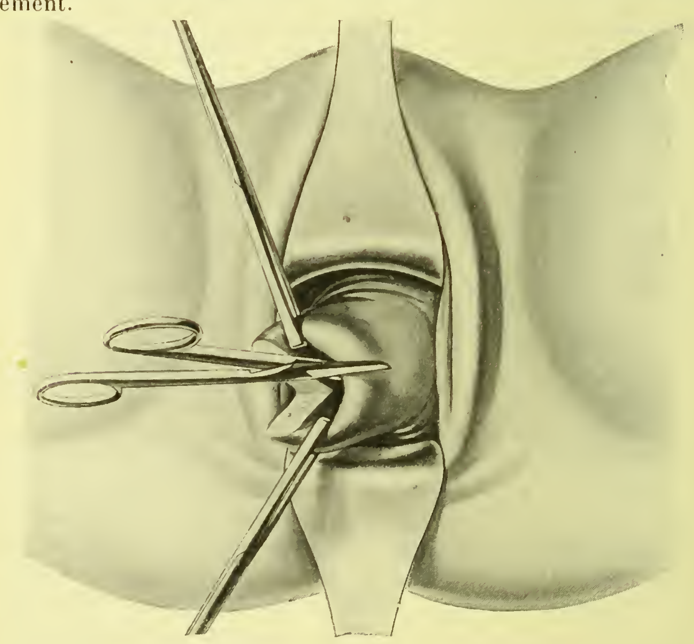


Fig. 263. — Opération de Schröder : section aux ciseaux des commissures latérales du col jusqu'à l'insertion vaginale (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

On a décrit un grand nombre de procédés opératoires, ce qui montre la réelle difficulté de cette petite intervention. Nous choisissons ceux qui suffisent dans tous les cas.

1° **Opération de Schröder.** — C'est une amputation partielle du col à recommander dans les gros cols à volumineuse ulcération ou à gros ectropion.

Choix des instruments. — Deux valves courtes, pinces à deux griffes de Richelot, pinces à pansement, pinces de Kocher, un bistouri à lame étroite, ciseaux droits et ciseaux courbes à avivement,

aiguilles courbes d'Hagedorn avec porte-aiguilles ou aiguilles très courbes à pédale ; instrumentation pour curettage ; fils d'argent fins, catgut nos 1 et 2.

Technique. — On commence par désinfecter le vagin et le col à la teinture d'iode, puis on abaisse le col en plaçant une pince de Richelot sur le milieu de chacune des lèvres. Dilatation avec bougies de Hegar ; curettage utérin.

On abaisse ensuite le col, le plus bas possible, en ayant soin de déprimer la paroi vaginale postérieure avec une valve courte. On fend largement aux ciseaux les commissures latérales du col (fig. 263), de façon à former une large lèvre antérieure et une large lèvre postérieure. Cette incision doit remonter jusqu'au cul-de-sac latéral du vagin.

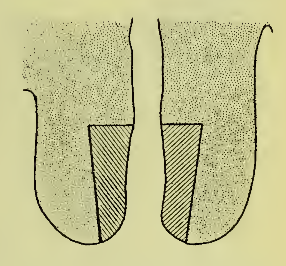
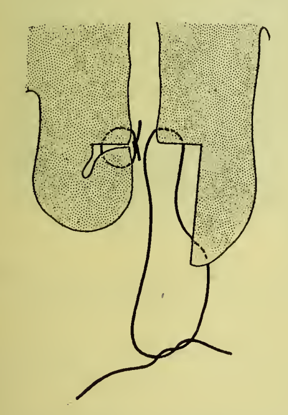


Fig. 264. — Opération de Schröder : schéma de la forme des fragments réséqués.

On résèque ensuite un fragment successivement sur chacune des deux lèvres du col, en commençant par la postérieure : pendant que l'aide tire en haut la pince fixée sur la lèvre antérieure, le chirurgien attaque la lèvre postérieure d'abord dans le sens de sa longueur, puis perpendiculairement, de manière à enlever un



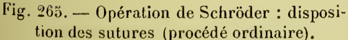


Fig. 265. — Opération de Schröder : disposition des sutures (procédé ordinaire).

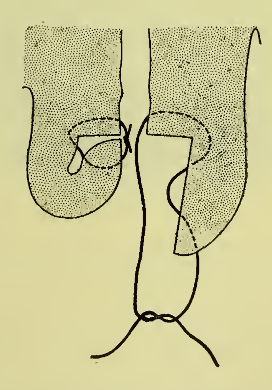


Fig. 266. — Opération de Schröder : disposition des sutures (procédé de Doléris).

fragment comprenant la muqueuse et une partie de la couche musculaire et ayant la forme représentée dans la figure 264 : on

remarquera que le fragment réséqué est plus épais dans la profondeur que près de l'orifice externe, afin de donner au lambeau qui doit ensuite s'enrouler sur la surface cruentée la souplesse suffisante. On suture ensuite, avec une aiguille très courbe (aiguilles de Hagedorn, par exemple), en donnant aux sutures la disposition indiquée figures 265 ou 266.

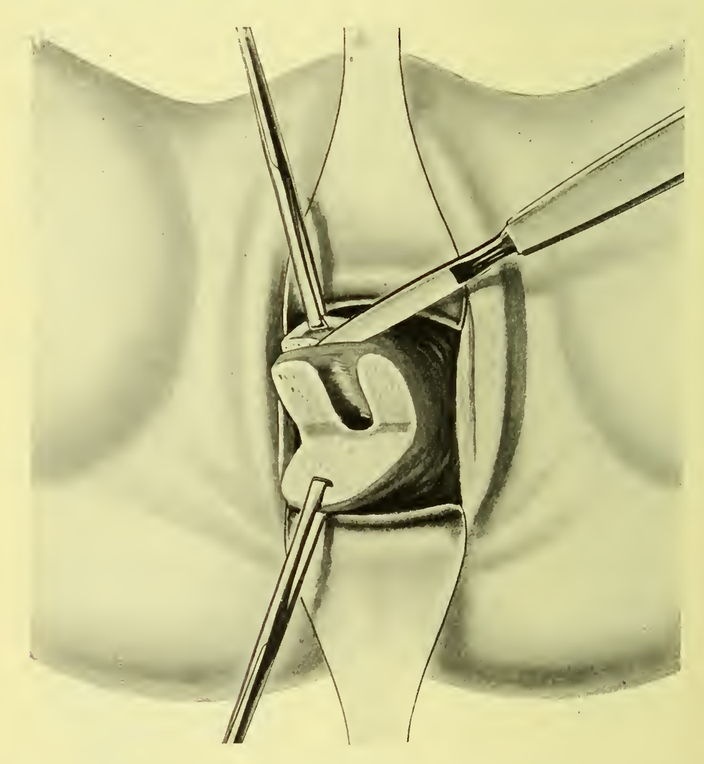


Fig. 267. — Opération de Schröder : taille du lambeau de la lèvre antérieure. La lèvre postérieure a été excisée, mais n'est pas encore suturée (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

On résèque de même un fragment semblable sur la lèvre antérieure du col (fig. 267) ; on suture cette lèvre à son tour (fig. 268), et finalement, quand on a placé latéralement un fil complémentaire sur chaque commissure, la suture a l'aspect représenté figure 269.

Pour les sutures, on se sert soit de catgut n° 1 (qui a l'inconvénient de se résorber parfois un peu vite ou de se désunir), soit de fils d'argent fins (Pozzi) ou de crins de Florence.

2° Opération de Simon-Marckwald. — Cette opération, plus simple que la précédente, est indiquée dans les cas où le col est très volumineux et non ulcéré. Elle rendra de grands services dans l'hypertrophie du col, qui s'observe si souvent dans les prolapsus.

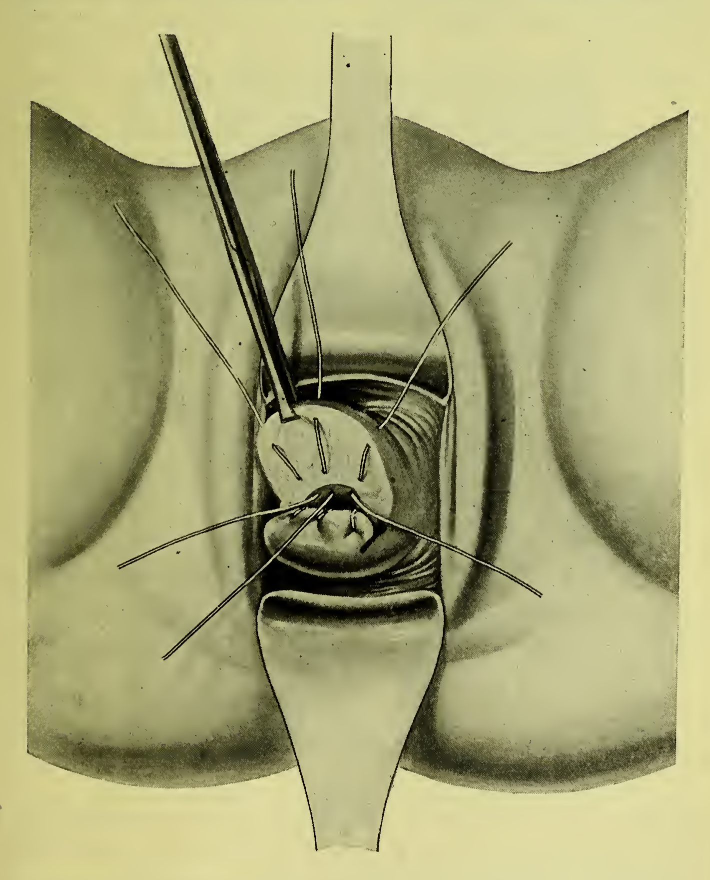


Fig. 268. — Opération de Schröder : suture de la lèvre antérieure (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

Dans un premier temps, on sectionne le col latéralement, comme dans l'opération de Schröder, puis on résèque dans la lèvre postérieure, et ensuite dans la lèvre antérieure, une sorte de coin symétriquement taillé par rapport aux muqueuses intracervicale et vaginale (fig. 270). La suture est beaucoup plus facile que dans l'opération

de Schröder : elle consiste à rapprocher les deux lèvres de la plaie. On placera également un fil à chaque commissure (fig. 271).

3° **Opération d'Emmet.** — Elle convient aux déchirures unilatérales du col avec ulcération. C'est une opération très simple, qui donne d'excellents resultats. Elle consiste tout simplement à aviver

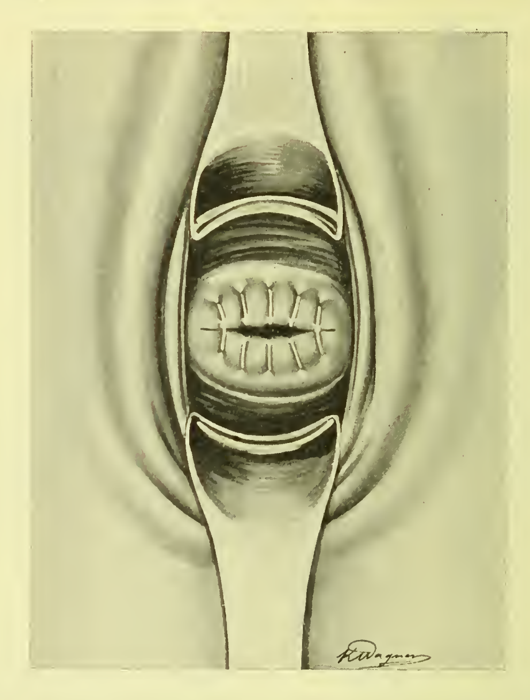


Fig. 269. — Opération de Schröder : sutures terminées.

et exciser avec un bistouri ou des ciseaux courbes et pointus tout l'angle malade du museau de tanche (fig. 272). On place ensuite quelques points de suture (fig. 273).

Soins post-opératoires. — Dans ces différentes opérations, on devra laisser dans l'utérus une mèche iodée qui sortira par le col suturé. On placera ensuite une mèche iodoformée dans le vagin. Si l'on s'est servi de fils d'argent, on les réunira en faisceau ; on plombera les bouts et l'on rentrera le tout dans le vagin. Le pansement vaginal et utérin sera retiré au bout de quarante-huit heures. On replacera une mèche dans le vagin. Les fils seront retirés le dixième

jour si l'on s'est servi de fils non résorbables. Ils sont souvent difficiles à enlever, car la plaie saigne volontiers, et l'on est gêné par l'écoulement sanguin. Il vaut mieux s'y reprendre en plusieurs fois. Quand les fils sont retirés, on devra pratiquer des injections vaginales antiseptiques. La femme se lèvera vers le quinzième jour.

Résultats des opérations portant sur le col. — Ils sont généralement excellents. Elles peuvent cependant provoquer des complications, ce qui en rend les indications beaucoup moins fréquentes qu'autrefois. D'abord l'opération est souvent difficile, surtout quand on a affaire à des cols scléreux. Les fils sont très pénibles à placer et l'on casse maintes fois des aiguilles.

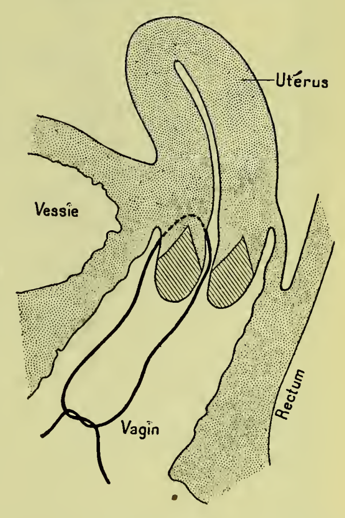


Fig. 270. — Amputation du col, procédé de Simon-Markwald : forme des fragments réséqués et disposition des sutures.

Comme complication opératoire il faut signaler l'hémorragie, qui peut être très abondante quand on a taillé un lambeau trop long. Cela saigne sur les parties latérales, au niveau des branches de l'utérine. Il faut alors placer un fil latéral profond avec une aiguille courbe, comme si l'on voulait lier l'utérine ; l'hémorragie s'arrête toujours après cette manœuvre.

Les opérations sur le col sont parfois dangereuses quand on opère sur des femmes qui sont atteintes de lésions annexielles. On voit alors survenir une poussée aiguë. Il est donc très important de ne jamais amputer le col de malades chez lesquelles on constate une salpingite, même chronique.

Enfin, dans ces dernières années, les accoucheurs ont attiré l'attention sur certains cas de dystocie dus à de la sclérose cicatricielle du col consécutive aux opérations pratiquées sur le col. Cette dystocie a pu être si grave qu'on a été obligé de faire l'opération césarienne. Il semble bien que la dystocie ne s'observe que dans les cas où l'opération n'a pas été parfaitement heureuse, et la cicatrice scléreuse doit être rattachée à la suppuration des lambeaux.

Quoi qu'il en soit, tout médecin doit avoir présente à l'esprit cette dystocie ultérieure possible et n'opérer que dans des cas bien déterminés.

D'après tout ce que nous venons de dire, nous voyons que l'*on doit être sobre des opérations portant sur le col utérin.* Il faut toujours penser à la possibilité d'une poussée inflammatoire du côté des

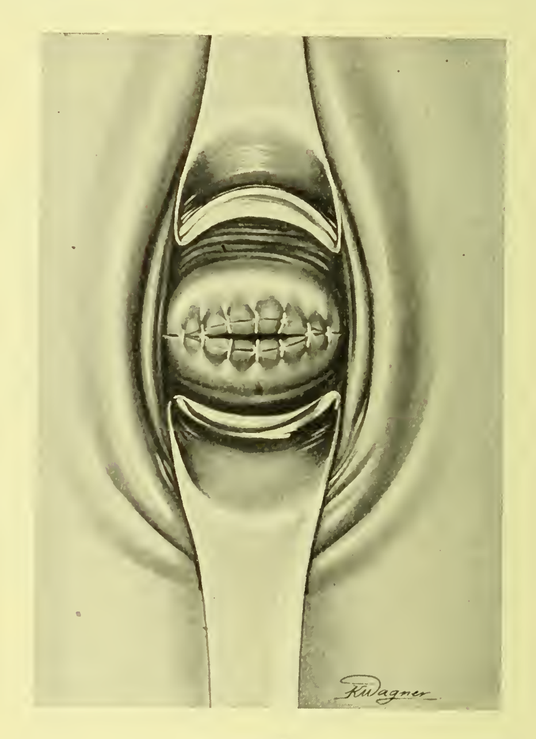


Fig. 271. — Opération de Simon-Markwald : sutures terminées.

annexes, et, si les femmes sont encore en période d'activité génitale, il faut redouter la dystocie par rigidité du col.

SCLÉROSE UTÉRINE.

La SCLÉROSE HYPERTROPHIQUE DE L'UTÉRUS, bien connue et observée par tous les gynécologues, a été considérée par beaucoup d'entre eux comme de nature inflammatoire et confondue avec la métrite parenchymateuse. Richelot, Hepp l'ont individualisée et ont montré que l'hypertrophie scléreuse de l'utérus peut exister sans trace de processus inflammatoire et qu'elle doit être considérée alors comme une altération de nature *dystrophique*, dont la cause principale paraît être la congestion utérine primitive des neuro-arthritiques.

L'infection vient d'ailleurs dans bien des cas se mêler, à un moment donné, au processus simplement congestif ou dystrophique, ce qui fait que beaucoup de cas de sclérose utérine se rapprochent de la métrite parenchymateuse et se confondent alors plus ou moins avec elle.

La sclérose utérine donne lieu, comme la congestion utérine à

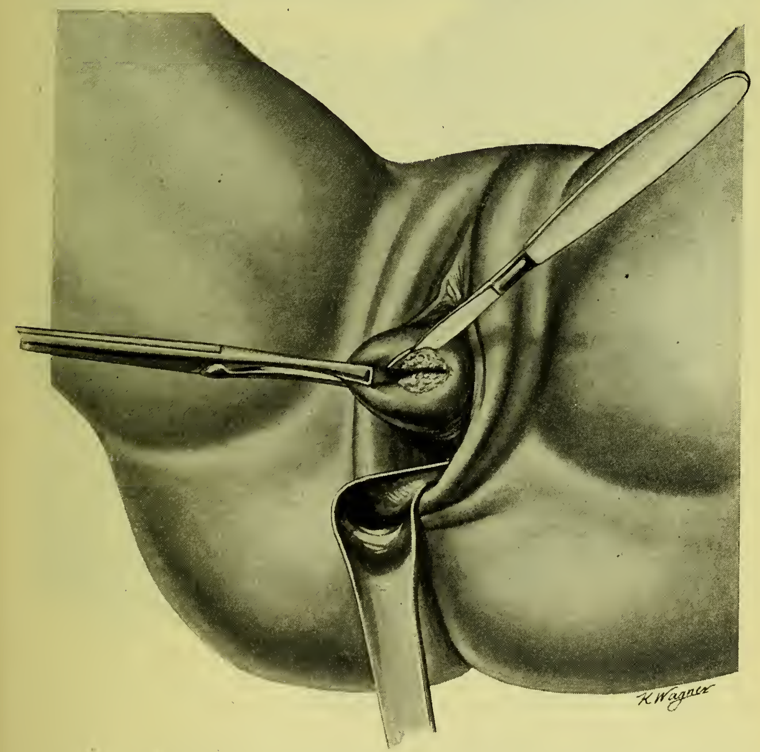


Fig. 272. — Trachélorraphie ou opération d'Emmet : avivement de la déchirure cervicale.

laquelle elle succède, à des douleurs, des pertes blanches, des métrorragies ; le palper et le toucher combinés montrent un utérus augmenté de volume, parfois considérablement, et de consistance ferme. Il n'est pas toujours facile de distinguer ces gros utérus scléreux d'un utérus fibromateux, d'autant qu'il n'est pas rare qu'il y ait coexistence de nodules fibromateux.

Traitement. — Il est semblable à celui de la congestion utérine (Voy. p. 472).

S'il y a des pertes de sang rebelles aux moyens ordinaires de traitement et menaçantes pour la santé de la femme, on finit par

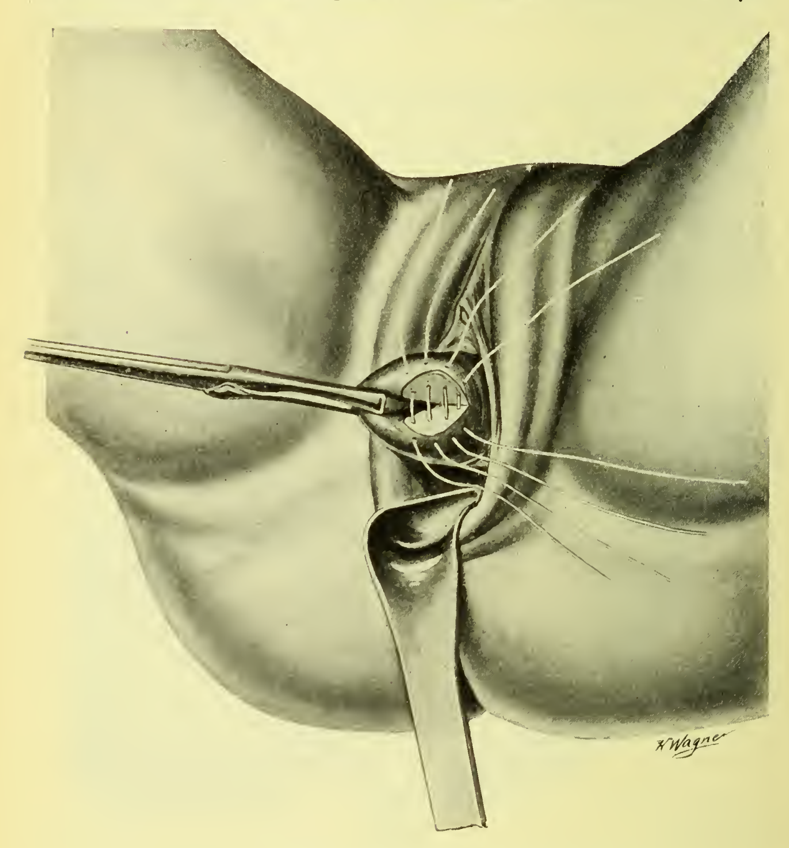


Fig. 273. — Trachélorraphie ou opération d'Emmet : suture.

recourir soit à la **radiothérapie** pour amener, par la suppression fonctionnelle des ovaires, une ménopause anticipée, soit à l'**hystérectomie**.

DEUXIÈME CLASSE.

TUMEURS DE L'UTÉRUS.

FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS.

Le FIBRO-MYOME UTÉRIN, plus communément appelé FIBROME, est une tumeur tellement fréquente qu'on en rencontre très souvent à l'autopsie des femmes mourant après quarante ans. Heureusement, le plus souvent ces tumeurs sont petites et situées de telle façon qu'elles ne gênent pas les femmes. Les fibromes sont surtout fréquents chez les nullipares et chez les femmes qui ont eu de longues périodes de stérilité.

Pour bien comprendre quelle doit être la conduite du médecin dans la thérapeutique des fibromes, il faut se rappeler que ce sont des tumeurs bénignes, encapsulées dans une coque conjonctive, et qu'elles ne commandent l'intervention que lorsqu'elles menacent la santé de la femme soit par leur volume, soit par l'exagération d'un symptôme (métrorragies surtout), soit par une gêne fonctionnelle due à la compression (dysurie, rétention d'urine, obstruction intestinale, etc., dans les fibromes enclavés dans le bassin).

Mais, à côté de ces complications qui peuvent gêner considérablement la malade, il faut citer les modifications qui peuvent survenir dans la structure de la tumeur elle-même.

Les fibromes dégénèrent parfois en *tumeur maligne* ; de plus ils peuvent *s'infecter, se sphacéler* et menacer la vie de la femme en quelques jours.

On voit donc que, si les fibromes sont des tumeurs bénignes, ils sont susceptibles de provoquer des accidents qui commandent l'intervention chirurgicale. Aux accidents que nous venons d'énumérer rapidement, ajoutons les complications qui se produisent quelquefois du côté du *cœur*, des *reins* et du *foie*. Il semblerait que ces tumeurs, quoique bénignes, élaboreraient des substances toxiques qui altéreraient les principaux viscères.

Ce fait expliquerait aussi la pâleur spéciale des femmes qui portent de gros fibromes ; elle expliquerait aussi la tendance aux thromboses, qui sont si fréquentes chez les opérées de fibromes.

Le médecin peut être appelé à donner ses soins à une fibromateuse dans différentes conditions.

Le plus souvent, c'est l'*hémorragie* qui est le symptôme le plus important ; les hémorragies, qui se produisent aux périodes mens-

truelles (ménorragies), mais qui finissent quelquefois par envahir aussi les périodes intermédiaires, sont souvent inquiétantes par leur ténacité, et elles amènent rapidement la femme dans un état d'anémie intense. Dans d'autres cas, c'est le volume de la tumeur qui amène la malade à consulter. Dans certains cas enfin, ce sont des douleurs abdominales ou des troubles fonctionnels (constipation, rétention d'urine) qui provoquent l'appel du médecin. L'examen par le palper et le toucher combinés montre une tumeur (ou des tumeurs, car souvent les fibromes sont multiples) faisant corps avec l'utérus, se mobilisant avec l'utérus. Cependant, lorsque la tumeur est sous-séreuse et pédiculée, elle peut être très mobile sur l'utérus et en paraître indépendante, comme le serait un kyste de l'ovaire.

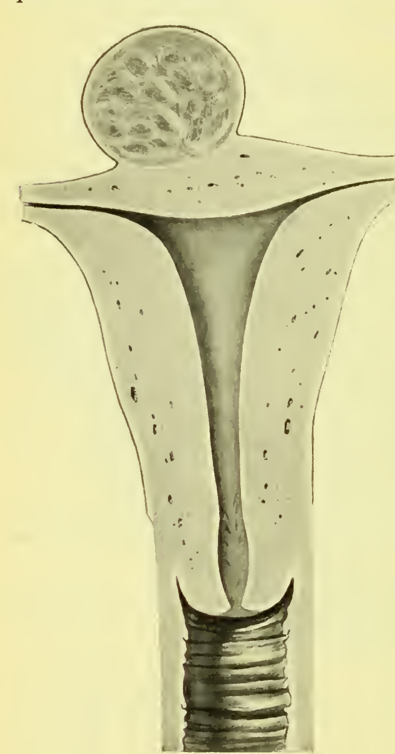


Fig. 274. — Fibrome sous-séreux (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

Rappelons la distinction des fibromes, suivant leur siège par rapport à la paroi utérine, en *fibromes sous-séreux* (fig. 274) sessiles ou pédiculés, *fibromes interstitiels* ou intra muraux (fig. 275), et *fibromes sous-muqueux*, qui, lorsqu'ils sont pédiculés, prennent le nom de *polypes fibreux* (fig. 276). Les fibromes sous-séreux ne déterminent guère d'hémorragies ; ce sont les fibromes interstitiels et surtout sous-muqueux qui sont hémorragiques.

Traitement. — Le traitement des fibromes peut être *médical* ou *chirurgical*. Dans le premier cas, on cherche soit à arrêter l'hémorragie, soit à amener une diminution de volume de la tumeur, qui provoque en même temps une amélioration des troubles observés.

Traitement médical. — Le traitement médical est souvent indiqué, principalement chez les malades qui sont à l'âge de la

ménopause et dont les accidents ne sont pas suffisamment graves pour indiquer d'emblée l'opération. Souvent on est obligé, du reste, d'essayer le traitement médical avant de décider les malades à se faire opérer.

La plupart des procédés de traitement agissent en décongestionnant



Fig. 275. — Fibrome interstitiel (Ans. Schwartz et P. Mathieu).



Fig. 276. — Fibrome sous-muqueux pédiculé, ou polype fibreux (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

l'utérus, et c'est en faisant disparaître ces poussées congestives que les femmes semblent, dans certains cas, sensiblement améliorées. M. Siredey conseille même d'établir un traitement prophylactique des fibromes chez les jeunes femmes atteintes de congestions utéro-ovariennes : hydrothérapie, gymnastique, cure d'air, régime alimentaire pauvre en viande, laxatifs répétés et boissons diurétiques.

Quand le fibrome est constaté et qu'il donne naissance à des complications, on pourra essayer les procédés suivants :

Les *médicaments* qui agissent en faisant contracter l'utérus ou ses vaisseaux sont souvent recommandés.

L'*ergotine* sera employée soit à l'intérieur (XV à XX gouttes par

jour), soit mieux en piqûres ($0^{gr},25$ par jour). Le médicament sera donné cinq ou six jours avant les règles et continué pendant toute la durée de l'écoulement sanguin. Certains auteurs ont même proposé d'instituer le traitement d'une façon continue dans le but d'amener la réduction de la tumeur: c'est la *méthode dite d'Hildebrandt*. On injecte tous les jours pendant plusieurs mois $0^{gr},25$ d'ergotine, et certaines femmes ont pu recevoir plusieurs centaines de piqûres. Les résultats obtenus sont peu satisfaisants; cependant l'ergotine agit souvent favorablement sur les pertes sanguines. Le procédé peut toujours être employé, d'autant plus qu'il ne présente pas d'inconvénients, pourvu qu'on ne dépasse pas la dose et que les piqûres soient faites en plein muscle et non dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'*hydrastis canadensis* peut remplacer l'ergotine; il agirait même mieux suivant certains auteurs. On l'emploie sous forme d'extrait fluide à la dose de LX gouttes par jour (XX gouttes trois fois par jour). Les autres médicaments qui agissent sur les vaisseaux, comme le *viburnum*, l'*hamamelis*, la *stypticine*, ont été essayés sans grand résultat.

Le **traitement opothérapique** a été essayé contre les fibromes. On a vanté la *médication thyroïdienne* (Jouin), qu'on pourra essayer en particulier chez certaines obèses fibromateuses. Certains auteurs, se basant sur la régression des fibromes pendant l'allaitement, ont employé l'*opothérapie mammaire*. Appliquée sous forme de poudre à la dose de 3 à 4 grammes par jour, elle a donné des résultats absolument contradictoires ; on pourra toujours l'essayer.

Les ***agents physiques*** sont en vogue parmi un certain nombre de spécialistes.

L'*eau chaude* sous forme d'irrigations vaginales chaudes agit contre les hémorragies. C'est plutôt un hémostatique qu'un véritable traitement dirigé contre les fibromes. On emploiera ces injections plusieurs fois par jour en suivant les conseils que nous avons déjà donnés (Voy. p. 607).

L'*ébouillantement* de Pincus ne nous arrêtera pas.

L'**électricité** est une méthode beaucoup plus sérieuse et qui a donné ses preuves. Elle porte le nom de *méthode d'Apostoli*. Celle-ci a été du reste bien peu modifiée. La malade étant placée dans la position du spéculum, on place sur son abdomen une large plaque métallique protégée par une couche épaisse de coton hydrophile mouillé et comprimé. On va à la recherche du col avec un spéculum de Fergusson, et l'on introduit dans le col une longue tige en charbon. Cette tige doit être poussée jusqu'au fond de l'utérus. On la maintient ensuite en plaçant un tampon dans le spéculum. On relie le pôle

négatif à la plaque et le pôle positif à la tige utérine, et l'on fait passer lentement le courant d'une pile, en surveillant attentivement l'aiguille du galvanomètre. Il faut atteindre progressivement jusqu'à 100 milliampères, à moins que la malade ne soit trop sensible. On ramène ensuite lentement à zéro. La séance doit durer dix à quinze minutes et est répétée tous les trois jours. *Il est nécessaire de prendre tous les soins d'antisepsie que commande toute manœuvre intra-utérine.*

Ce procédé, quand il est continué pendant plusieurs mois, donne parfois d'excellents résultats. Il agit principalement sur les hémorragies. Bien des malades ont vu leurs pertes s'arrêter à la suite d'électrisations bien faites. Aussi la vogue de la méthode a-t-elle été grande.

Malheureusement l'électricité agit peu sur le volume du fibrome, quoique certains auteurs aient affirmé que dans 10 p. 100 des cas la tumeur diminuait. Actuellement, on admet que ce procédé convient à la plupart des cas où le symptôme hémorragique domine la scène.

On a cependant observé des accidents consécutifs à l'électrisation, accidents qui ont pu provoquer la mort par complication cardiaque ou par infection. Aussi la méthode d'Apostoli sera-t-elle contre-indiquée dans les cas de cachexie ou chez les malades atteintes d'affections graves du cœur.

On ne devra jamais l'employer chez les femmes qui présentent des suppurations utérines ou des poches salpingiennes. Les tumeurs à marche rapide ou dégénérant en tumeurs malignes ne doivent pas non plus être électrisées.

En somme, l'électricité peut rendre de grands services, principalement chez les femmes de quarante-cinq à cinquante ans, qui portent un fibrome de volume moyen, à tendance congestive et à hémorragies répétées.

A côté de la méthode électrique, viennent se placer les traitements par la *radiothérapie* ou par le *radium*.

La **radiothérapie,** appliquée dans ces dernières années aux fibromes, a donné des résultats remarquables, et elle paraît devoir restreindre la part de la chirurgie dans leur traitement. Elle stérilise les ovaires et amène une ménopause anticipée. Aussi amène-t-elle la cessation des hémorragies. Elle est indiquée dans les fibromes ménorragiques, chez les femmes approchant de l'âge de la ménopause.

Les **eaux minérales** ont été souvent employées contre les phénomènes congestifs des fibromes. Parmi celles-ci, il faut citer principalement les eaux de *Salies-de-Béarn*. Elles jouissent d'une juste

réputation. Citons encore les eaux de *Salins* (Jura). On envoie aux eaux minérales les malades atteintes de fibrome peu volumineux, saignant facilement et s'accompagnant de poussées congestives douloureuses. Certaines femmes peuvent ainsi, en suivant plusieurs saisons, arriver à la ménopause et éviter l'opération.

Traitement chirurgical. — Le véritable traitement chirurgical des fibromes consiste à extirper la tumeur, soit seule (MYOMECTOMIE), soit avec l'utérus (HYSTÉRECTOMIE). Mais avant de décrire ces opérations, je dois dire un mot de quelques PROCÉDÉS CHIRURGICAUX PALLIATIFS qui ont eu un moment de vogue, mais qui sont presque complètement abandonnés.

Opérations palliatives. — 1° Le *curettage utérin* a été préconisé pendant longtemps pour combattre les hémorragies. Il agit contre la métrite qui accompagne si souvent les fibromes. Mais il a parfois l'inconvénient de mettre à nu la capsule du fibrome, qui peut s'infecter secondairement. Cette opération est à rejeter, car elle est nettement inférieure à l'électrothérapie ou à la radiothérapie.

2° Les *ligatures atrophiantes* sont également abandonnées. Elles consistaient à lier les vaisseaux qui se rendent à l'utérus. Tout au plus pourrait-on lier les utérines par la voie vaginale dans les cas où l'hémorragie serait considérable et l'état général de la femme tellement mauvais qu'on redouterait de pratiquer l'hystérectomie. Après avoir abaissé fortement le col, on incise circulairement la muqueuse vaginale au ras du col, puis on décolle la paroi vaginale comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. On recherche ensuite les utérines, que l'on sent battre sous le doigt, au-dessus des culs-de-sac latéraux. On les lie successivement en ayant soin de bien rechercher les branches de l'artère qui se divise à ce niveau (Frédet) ; un procédé plus simple consiste à placer à droite et à gauche du col, tout contre celui-ci, pour éviter de pincer l'uretère, un clamp qu'on laisse quarante-huit heures. Le plus souvent la ligature des utérines amène la cessation de l'hémorragie.

3° L'*opération de Battey (ou castration ovarienne)*, qui consiste dans la simple extirpation des ovaires, a joui d'une véritable vogue dans la période chirurgicale qui a précédé la vulgarisation de l'hystérectomie. La castration, ayant pour effet d'amener une atrophie des vaisseaux utérins, agissait contre les hémorragies ; on observait, en général, aussi une diminution de volume de la tumeur. Mais ses résultats sont infidèles, et l'opération n'a qu'une action indirecte et incomplète sur la tumeur elle-même. Aussi la plupart des gynécologues ont-ils limité ses indications aux utérus fibromateux peu volumineux chez des femmes anémiées par des hémorragies fréquentes

et dont l'état général ne permettrait pas de supporter l'hystérectomie.

L'opération par elle-même est très simple. Après avoir ouvert l'abdomen, on recherche, successivement à droite et à gauche, le pédicule salpingo-ovarien, et on le résèque après avoir placé un clamp à sa base le plus loin possible de l'utérus. On lie le pédicule avec une ligature croisée.

Certains opérateurs préfèrent pratiquer la castration par voie vaginale. Il faut pour cela que l'utérus soit petit.

Myomectomie. — L'ablation du fibro-myome seul, en laissant l'utérus, est seule admissible, à l'exclusion de l'hystérectomie, lorsqu'on est en présence d'un fibrome unique soit sous-muqueux, soit sous-séreux, nettement *pédiculé* et dont l'extirpation est facile par simple section de son pédicule.

S'il s'agit d'un fibrome saillant vers l'abdomen ou vers le vagin, mais sessile, ou même d'un fibrome franchement interstitiel, lorsqu'il est unique, il est encore tentant de l'enlever seul. On sait, en effet, que cette tumeur est bénigne, qu'elle est entourée d'une coque celluleuse et qu'elle est *énucléable*, enfin qu'elle ne récidive pas. On pratique ainsi une opération moins grave pour la femme, et on lui laisse l'utérus et ses annexes, ce qui n'est pas indifférent quand il s'agit d'une femme jeune. La myomectomie est actuellement en pleine vogue. Cependant un certain nombre de gynécologues lui reprochent de prédisposer à la rupture utérine lors de grossesse ultérieure; de plus, en laissant l'utérus, on s'expose à voir se développer d'autres fibromes, car il est rare que la tumeur soit unique, et on ne sait jamais s'il n'existe pas dans la paroi utérine d'autres tumeurs petites qui pourront grossir plus tard.

La myomectomie n'en est pas moins, dans certains cas, l'opération de choix.

Suivant le siège de la tumeur et sa tendance à évoluer vers le vagin ou vers le ventre, on fait la myomectomie par VOIE VAGINALE ou par VOIE ABDOMINALE.

Myomectomie vaginale. — Cette opération se présente dans des conditions et avec des difficultés très différentes suivant les cas.

L'ablation des fibro-myomes sous-muqueux pédiculés est en général très facile : sa technique sera étudiée au chapitre POLYPES DE L'UTÉRUS (p. 639).

Je n'étudierai ici que l'ablation des fibro-myomes sous-muqueux sessiles et des fibro-myomes interstitiels. L'énucléation de ces tumeurs par voie vaginale ou **opération d'Amussat** (1840) fit un notable progrès avec Emmet (1874) et surtout Péan (1883), qui lui combinèrent

le MORCELLEMENT de la tumeur, ce qui augmenta beaucoup le champ d'action de cette opération en permettant d'extraire des tumeurs beaucoup plus volumineuses. La myomectomie vaginale se pratique aujourd'hui suivant deux procédés : celui de Segond ou celui de Doyen.

PROCÉDÉ DE P. SEGOND OU MYOMECTOMIE VAGINALE AVEC OU SANS MORCELLEMENT PAR HYSTÉROTOMIE CERVICO-VAGINALE UNI OU BILATÉRALE. — C'est une technique soigneusement réglée et précisée — avec instrumentation nouvelle appropriée — de la vieille opération d'Amussat complétée par le morcellement de Péan. Dartigues a décrit ce procédé avec beaucoup de détail. Voici en quoi il consiste :

Premier temps : Incision commissurale du col uni ou bilatérale. — Le col, saisi sur chaque lèvre par une pince de Museux et abaissé à la vulve, on le sectionne aux ciseaux au niveau d'une commissure jusqu'à l'isthme et au delà, en empiétant même, au besoin, sur le bord latéral correspondant du corps utérin. L'incision entame donc quelque peu l'insertion du cul-de-sac latéral du vagin. Ordinairement l'incision unilatérale ne suffit pas, et il faut fendre de même les deux commissures. M. Segond fait porter la section cervicale plus loin du côté de la cavité utérine que du côté extérieur. Si après cette section cervicale une hémostase est nécessaire, M. Segond la réalise au moyen de longues pinces de Kocher appliquées dans l'angle dièdre de section de l'utérus ou sur une artériole aperçue.

Deuxième temps : Exploration de la cavité utérine. — La section du col permet d'explorer l'utérus : quelquefois la tumeur s'offre de suite à la vue ; il n'est guère alors possible et utile d'explorer davantage ; on n'a qu'à commencer immédiatement le morcellement ; le plus souvent on peut introduire l'index tout entier, on va explorer toute la cavité utérine, se rendre compte du siège exact du fibrome, du point où il sera le plus aisément accessible, de son volume. Pour cette exploration, on recourra au toucher bimanuel abdomino-intra-utérin : une main sur l'hypogastre (recouvert d'une compresse stérile) abaissant le fond utérin, un doigt ou même deux dans la cavité utérine.

On reconnaîtra ainsi si le fibrome est unique, s'il n'y a pas de lésions salpingiennes concomitantes, si en un mot les conditions sont telles qu'on puisse tenter l'opération conservatrice, ou s'il est nécessaire au contraire de se résoudre à l'hystérectomie vaginale totale.

Troisième temps : Morcellement du fibrome. — « La cavité utérine étant explorée, dit Dartigues, l'index placé sur la partie la plus saillante ou la plus accessible du fibrome, avec l'ongle simplement,

on cherche, pour arriver sur le tissu propre de la tumeur, à déchirer la muqueuse, à effondrer la coque périfibreuse, en dissociant les fibres musculaires; si le fibrome est visible d'emblée, on pourra faire ce débridement de la capsule au bistouri. La déhiscence de la coque étant ainsi obtenue, on décortique avec l'extrémité du doigt, dans une certaine étendue et dans la mesure des limites possibles, le fibrome qui fait ainsi hernie, reconnaissable facilement à son aspect blanchâtre, à travers les lèvres retroussées de la plaie musculo-muqueuse. » Dans l'aire de fibrome ainsi dégagée, on enfonce directement un tire-bouchon spécial, et « quand on sent bien la tumeur en main par l'intermédiaire de cet instrument, on continue la décortication, et l'on procède à l'énucléation pure et simple si le fibrome est petit ; on commence immédiatement le morcellement dans le cas contraire ».

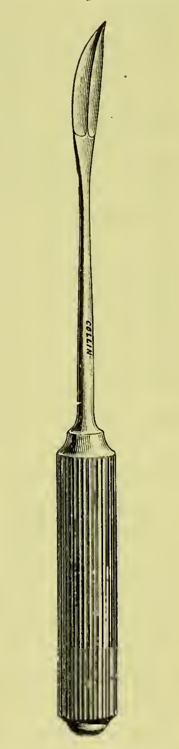


Fig. 277. — Couteau de Segond, pour morceler les fibromes.

Pour morceler le fibrome, la main gauche tenant le tire-bouchon, et la main droite étant « armée du couteau à long manche, à lame lancéolaire légèrement recourbée et bitranchante de Segond (fig. 277), on plonge franchement cet instrument dans le tissu fibreux et un peu obliquement vers la pointe du tire-bouchon jusqu'à ce qu'on ait la sensation d'être au-dessus d'elle : alors seulement, par des mouvements légers de va-et-vient, on décrit une sorte de volute, de circumduction qui ramène le couteau à son point de départ », en contournant le tire-bouchon. On enlève ainsi un fragment conique de fibrome. On recommence la même manœuvre plusieurs fois, autant qu'il faut pour diminuer le volume de la tumeur. « Le fibrome, une fois réduit de volume, permet au doigt une action plus efficace et une possibilité plus grande de trouver le plan de clivage : alors par des mouvements de traction, de torsion, de rotation combinés, s'opère le désenclavement, quelquefois presque spontané, de la partie supérieure de la tumeur qui vient en bloc à la vulve, ce qui abrège considérablement la durée de l'opération : en effet, la masse ainsi décortiquée et énucléée, en dernier lieu, dépasse quelquefois par son volume celui du monceau des fragments

enlevés par l'évidement du début, qui est comme un travail d'amorce. » Cependant il y a des cas où le fibrome solidement incrusté résiste jusque dans ses dernières attaches et où on est obligé d'aller jusqu'au bout de l'extraction par le morcellement; il faut alors se méfier de traverser la paroi utérine et substituer au tire-bouchon des pinces à traction et au couteau de longs ciseaux courbes.

On pratique de la même manière l'extraction de chaque fibrome, s'il y en a plusieurs.

Quatrième temps : Traitement des loges fibreuses déshabitées et de la cavité utérine. — On explore ces loges et la cavité utérine avec le doigt ou avec une grosse bougie de Hegar ; on s'assure que la paroi utérine ne présente pas de solution de continuité s'ouvrant dans la cavité péritonéale ; on applique des pinces, s'il y a lieu, sur les points saignant véritablement, qui sont rares ; on régularise les parois internes des loges fibreuses en réséquant aux ciseaux courbes des lambeaux capsulaires qui pendent effilochés. On déterge ces cavités et la cavité utérine des caillots qu'elles contiennent par une ablution avec des compresses montées sur pinces et imbibées d'eau stérilisée chaude ou de sérum artificiel ou d'eau oxygénée ablution suivie d'un assèchement bien fait avec de nouvelles compresses montées sur pinces.

Enfin on tamponne les cavités d'énucléation et la cavité utérine au moyen de lanières de gaze stérilisée ou mieux de mèches ourlées en nombre variable suivant la capacité des loges, en faisant ressortir une de leurs extrémités dans le vagin, afin d'éviter l'oubli de l'une d'elles dans l'utérus lors des pansements ultérieurs.

Cinquième temps : Suture du col, par quelques points de catgut fort.

Si, au cours de cette opération, il arrive qu'en voulant énucléer un fibrome on fasse une brèche perforante de la paroi utérine, il faut renoncer à l'opération conservatrice et terminer par l'hystérectomie vaginale.

Quelquefois il se produit, au cours des manœuvres opératoires, une inversion utérine, qui favorise l'extirpation du fibrome, et dont on fait la réduction.

Soins consécutifs. — Si l'on a dû, par hasard, laisser des pinces à demeure sur des vaisseaux qui saignaient, on les enlève au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus, autant que possible sans retirer le pansement.

M. Segond fait ordinairement le premier pansement qui suit l'opération le huitième jour environ, s'il n'y a eu aucun incident et aucune crainte d'infection. On enlève les mèches vaginales et

intra-utérines et, avec une petite compresse ou éponge montée sur pince, on essuie doucement et déterge les parois des loges fibreuses et de la cavité utérine; on fait une injection utérine d'eau stérilisée ou d'eau oxygénée, sous faible pression, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair; on assèche l'utérus et le vagin; enfin on renouvelle les mèches, sans trop les tasser. Ce second pansement est ordinairement laissé en place trois ou quatre jours.

On met la malade aux injections vaginales simples du douzième au quatorzième jour.

L'involution utérine est souvent rapide.

L'opérée se lève du dix-neuvième au vingtième jour en moyenne.

Indications. — Cette opération s'adresse aux fibromes sous-muqueux et interstitiels, lorsque la tumeur est unique, de volume peu considérable, que l'utérus est d'une régularité approximative, mobile, et que les annexes sont saines.

Procédé de Doyen (ou myomectomie vaginale par hystérotomie médiane antérieure). — On pince et on abaisse le col; on incise la demi-circonférence antérieure du vagin, à son insertion sur le col, en dépassant un peu en arrière la ligne d'implantation des ligaments larges, — ou même, si l'on a affaire à un fibrome assez volumineux, on fait une incision circulaire complète autour du col, comme dans l'hystérectomie vaginale.

On décolle en avant et sur les côtés, avec le doigt, la vessie de l'utérus, comme dans l'hystérectomie vaginale; on ouvre ou non le cul-de-sac vésico-utérin, suivant les cas, quelquefois sans le vouloir. Avec une valve, on récline en haut la vessie.

On sectionne alors aux ciseaux de bas en haut sur la ligne médiane, la paroi antérieure du col et de la partie inférieure du corps utérin, comme dans le procédé d'hystérectomie vaginale de Doyen.

Cette section médiane antérieure de l'utérus permet d'arriver sur le fibrome, qu'il soit interstitiel ou sous-muqueux, qu'il siège dans la paroi antérieure ou sur la paroi postérieure de l'utérus. Ayant abordé le fibrome, on procède à son extirpation, par énucléation et au besoin par morcellement.

Après hémostase des loges fibromateuses évacuées, on y introduit des drains de caoutchouc, et l'on fait un tamponnement intra-utérin à la gaze, de manière à assurer à la fois le drainage et l'hémostase.

On suture de haut en bas, par quelques points séparés à la soie ou mieux au catgut, la section de la paroi antérieure de l'utérus; on met aussi quelques points pour suturer la paroi vaginale au col, en laissant cependant en ce point une petite mèche.

Pansement vaginal à la gaze.

La myomectomie par voie vaginale a été appliquée aussi quelquefois à de petits fibromes sous-péritonéaux pédiculés ou sessiles : l'opération consiste alors à inciser le cul-de-sac antérieur du vagin et à décoller la vessie de l'utérus (COLPOTOMIE ANTÉRIEURE), ou à inciser le cul-de-sac vaginal postérieur (COLPOTOMIE POSTÉRIEURE), suivant que le fibrome siège sur la paroi antérieure ou la paroi postérieure de l'utérus, et, la tumeur étant rendue accessible, à en faire l'ablation.

Myomectomie abdominale. — Après avoir incisé la paroi abdominale sur la ligne médiane, on examine soigneusement l'utérus, — en l'extériorisant au besoin, — pour voir s'il ne contient pas de noyaux fibromateux multiples ; on vérifie également l'état des annexes, assez souvent malades dans les cas de fibromes, ce qui peut rendre la myomectomie insuffisante et motiver l'hystérectomie. Ceci fait, on agit différemment suivant que la tumeur est pédiculée ou sessile.

Si l'on a affaire à un fibrome sous-péritonéal pédiculé, on lie le pédicule par une ligature double croisée, comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire, et on le sectionne au-dessus. Si le pédicule est trop court ou trop large, on incise le tissu utérin en une petite collerette, et l'on pénètre dans la capsule : il est facile d'extirper le fibrome. La collerette est ensuite suturée en deux plans, en surjet, au catgut.

Quand la tumeur fait corps avec l'utérus, il faut inciser la paroi utérine qui la recouvre, sur le point le plus saillant de la tumeur,

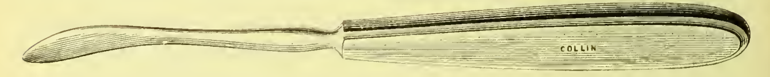


Fig. 278. — Spatule pour énucléer un fibrome.

suivant une direction parallèle au grand axe de l'utérus. On arrive ainsi sur la capsule et on énuclée la tumeur en la saisissant avec de fortes pinces à traction pendant qu'avec le doigt, ou avec une spatule (fig. 278), ou avec l'extrémité de ciseaux courbes fermés (fig. 279), on détache les couches celluleuses qui unissent le fibrome à la paroi utérine. On déplace les pinces de façon à tirer en différents sens jusqu'à ce que la tumeur soit extirpée. Lorsque le fibrome a un assez gros volume, on peut, au lieu de le saisir avec des pinces, le tenir en y enfonçant un tire-bouchon (fig. 279). Quand la tumeur est trop grosse, on la coupe en deux, et on énuclée successivement ses deux moitiés ; on peut aussi la morceler ; mais le plus souvent ces manœuvres sont inutiles.

La tumeur enlevée, il reste une large cavité saignante qu'il faut traiter. S'il y a une hémorragie se faisant par de gros vaisseaux, on les lie. Mais généralement il suffit d'oblitérer la cavité pour faire cesser l'écoulement sanguin. Quand la poche est trop large, on peut d'abord en réséquer une partie. Sinon, on place quelques fils profonds de catgut pour rapprocher les parois de la cavité, la *capitonner*,

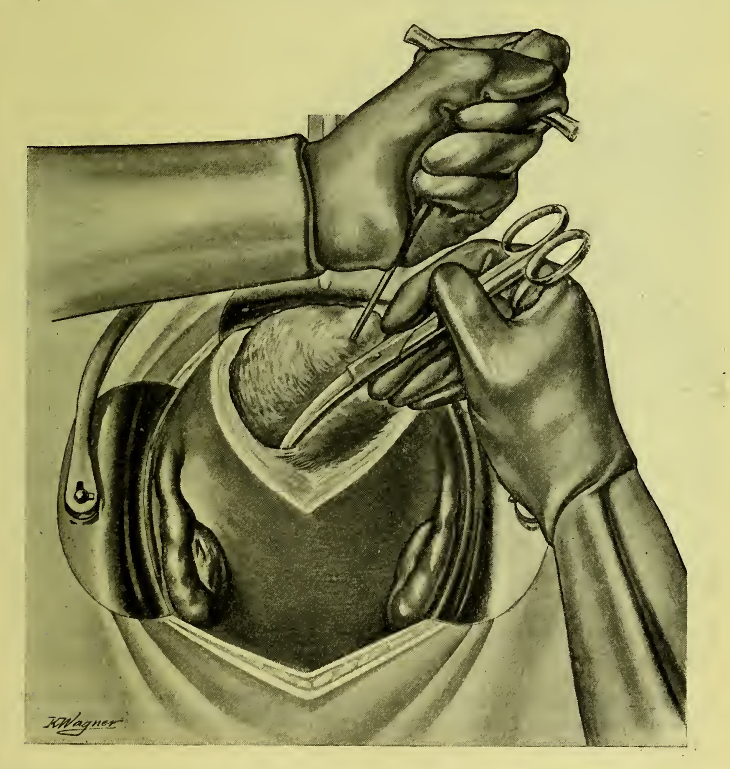


Fig. 279. — Myomectomie abdominale. Le fibrome, attiré au moyen d'un tire-bouchon enfoncé dans sa masse après incision de la paroi utérine qui le recouvrait, est énucléé avec le bout de ciseaux courbes fermés.

afin de ne pas laisser d'espace mort où pourrait se faire un suintement sanguin ; on ferme ensuite la paroi utérine par deux étages superposés de sutures au catgut, en surjet ou en points séparés, l'un musculaire et l'autre musculo-séreux (fig. 280).

Il y a deux inconvénients qu'on peut rencontrer dans cette opération. Quelquefois le fibrome est sur le bord utérin, et il évolue

vers le ligament large : il faut alors inciser le plus en dedans possible pour éviter la région vasculaire dangereuse. Dans d'autres cas, après avoir extirpé la tumeur, on s'aperçoit qu'on a ouvert la cavité utérine : cette ouverture est toujours ennuyeuse ; cependant, il ne faut pas exagérer ses inconvénients lorsque la cavité utérine

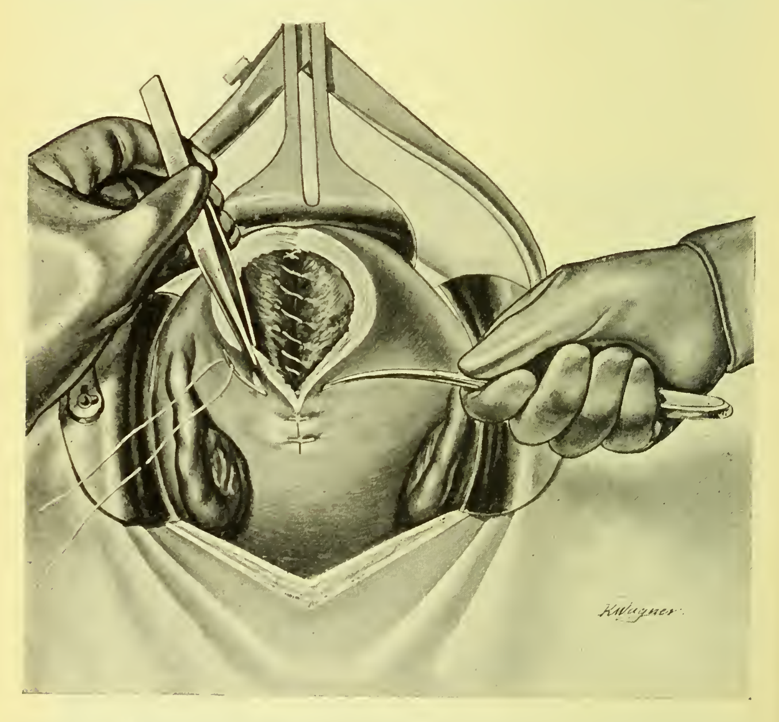


Fig. 280. — Myomectomie abdominale. On a oblitéré (« capitonné ») par un surjet de catgut la cavité résultant de l'énucléation du fibrome ; on suture la paroi utérine, à points séparés.

n'est pas septique. On fera bien de placer une petite mèche qu'on enfoncera par la cavité utérine jusque dans le col. On terminera l'opération comme précédemment, en veillant à ne pas prendre la mèche avec l'aiguille et dans les sutures.

Cette opération, généralement facile, n'est pas d'un pronostic grave ; aussi elle a séduit un grand nombre de chirurgiens. Cependant, en dehors des tumeurs pédiculées, on limitera ses *indications* aux cas suivants : femme jeune avec annexes saines, ayant une tumeur unique peu volumineuse ne dépassant pas la grosseur du

poing. Si, du reste, dans le cours de l'opération, il survenait une complication sérieuse (hémorragie grave, large perforation de la paroi utérine), on en serait quitte pour pratiquer immédiatement l'hystérectomie abdominale.

Hystérectomie. — La chirurgie conservatrice est loin d'être applicable dans tous les cas de fibromes utérins. Lorsque l'utérus renferme des fibromes multiples, lorsqu'il est comme farci de noyaux fibromateux, force est bien d'enlever l'utérus lui-même avec les tumeurs. L'hystérectomie peut, comme la myomectomie, s'exécuter soit par voie vaginale, soit par voie haute.

Hystérectomie vaginale. — Cette opération a joui d'une grande faveur dans la période chirurgicale qui a précédé la grande vulgarisation de l'hystérectomie abdominale. Actuellement, cette dernière, qui est devenue très bien réglée et bien moins grave qu'autrefois, lui est habituellement préférée : la voie haute, qui permet d'y bien voir, de ne jamais opérer à l'aveugle, a pris ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances en gynécologie, une prééminence qu'il est impossible de ne pas constater.

L'hystérectomie vaginale pour fibrome se pratique suivant une technique semblable à l'hystérectomie pour annexites, ordinairement suivant le PROCÉDÉ DE DOYEN (hystérectomie vaginale par hémisection médiane antérieure de l'utérus) : je décrirai sa technique au chapitre SALPINGO-OVARITES (p. 683). Notons seulement cette différence que le volume de l'utérus fibromateux peut nécessiter, pour abaisser l'organe et le luxer hors de la vulve, un MORCELLEMENT de la tumeur au cours de l'opération : la tumeur étant attirée avec des pinces, on en résèque aux ciseaux forts des fragments successifs, jusqu'à ce que la réduction obtenue soit suffisante pour abaisser et amener le fond de l'utérus au dehors.

Grâce au morcellement, on pouvait extraire par l'hystérectomie vaginale des fibromes relativement volumineux : on admettait, en général, qu'on pouvait extraire par cette voie des utérus fibromateux remontant jusqu'à l'ombilic. Ceux dépassant l'ombilic relevaient de l'hystérectomie abdominale.

Aujourd'hui, l'hystérectomie vaginale pour fibromes est très délaissée, complètement détrônée par l'hystérectomie abdominale. Cependant elle est encore de mise au moins dans les cas où, ayant tenté d'extraire un fibrome par myomectomie vaginale, l'existence de fibromes multiples ou d'incidents opératoires tels qu'une large brèche perforante de la paroi utérine oblige à enlever l'utérus : l'opération sera alors naturellement terminée par voie vaginale. L'infection de l'utérus ou du fibrome, son sphacèle, comme cela se

voit parfois dans les suites de couches, peuvent être aussi une indication de préférer, si possible, la voie vaginale à la voie abdominale.

Hystérectomie abdominale. — C'est l'opération qui paraît s'adresser à la majorité des fibromes justiciables du traitement chirurgical, car bien souvent, il faut le dire, la multiplicité des fibromes rend insuffisante et illusoire la myomectomie.

Il faut en général préférer à l'**hystérectomie abdominale totale**, dans laquelle on enlève l'utérus tout entier, museau de tanche compris, en ouvrant par conséquent le vagin ; l'**hystérectomie abdominale subtotale** ou **supravaginale**, dans laquelle on sectionne l'utérus en plein col, au-dessus de l'insertion du vagin, en laissant par conséquent un moignon de col : la subtotale est, en effet, d'exécution plus simple, plus rapide, et elle est plus bénigne que la totale.

On lui a objecté que le moignon de col laissé peut devenir plus tard le siège d'un cancer. Mais la crainte hypothétique de cette éventualité, en somme peu fréquente, ne saurait faire renoncer aux avantages certains de la subtotale.

L'**hystérectomie abdominale subtotale** s'exécute ordinairement suivant le PROCÉDÉ DE KELLY (ou procédé américain), dont je décrirai la technique au chapitre SALPINGO-OVARITES. Sans doute, en cas de fibrome, les conditions sont un peu différentes, en ce sens que l'utérus est beaucoup plus volumineux que dans les annexites [pour l'attirer et le sortir du ventre, on se sert quelquefois d'un tire-bouchon (fig. 281) enfoncé dans le fibrome, ce qui facilite les manœuvres], et en ce sens aussi que, d'autre part, à moins de complication annexielle, on n'a pas ici à détacher plus ou moins laborieusement les annexes de leurs adhérences, si fréquentes en cas de salpingo-ovarites. Mais les temps constituants de l'opération, sa description et sa marche sont les mêmes.

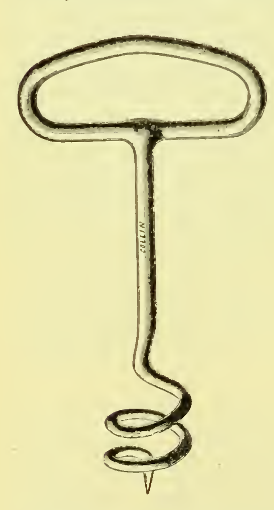


Fig. 281. — Érigne hélicoïde de Doyen pour soulever les corps fibreux.

L'opération se présente quelquefois avec des difficultés spéciales, quand il s'agit de fibromes utérins ayant évolué dans l'épaisseur du ligament large en dédoublant celui-ci (*fibromes*

intraligamentaires). Il faut alors, après avoir pincé et sectionné l'artère utéro-ovarienne, faire sur le fibrome, en avant et en arrière, une incision de la séreuse qui le recouvre, gagnant obliquement le corps utérin ; puis on *décortique* la tumeur de son enveloppe séreuse, en ayant soin de *se tenir toujours immédiatement à son contact*, surtout à la base du ligament large, où il faut éviter de blesser l'uretère. Le reste de l'opération se déroule comme une hystérectomie ordinaire.

Quant à l'**hystérectomie abdominale totale**, elle est rarement indiquée ; cependant, c'est à elle qu'on peut être obligé d'avoir recours lorsque le fibrome s'étend très bas jusque dans le col, ou lorsque le col est cancéreux. Je crois inutile de décrire en détail le PROCÉDÉ DE DOYEN, qui a marqué un progrès dans l'hystérectomie pour fibromes, mais qu'on n'emploie plus guère aujourd'hui, où l'on pratique surtout la subtotale. Il consiste essentiellement en ceci : renverser l'utérus fibromateux hors du ventre sur les pubis ; aller inciser le vagin dans le cul-de-sac de Douglas sur une longue pince-guide introduite par un aide dans le vagin jusqu'au fond du cul-de-sac postérieur ; saisir le col dans une pince et l'attirer dans le ventre ; sectionner circulairement l'attache du vagin sur le col, décoller de bas en haut la vessie et les uretères ; sectionner les ligaments larges. Aujourd'hui, si par hasard on pratique l'hystérectomie abdominale totale, on recourt d'ordinaire au PROCÉDÉ DE KELLY MODIFIÉ PAR SEGOND, que je décrirai au chapitre SALPINGO-OVARITES, ou au PROCÉDÉ DE TERRIER.

Dans l'hystérectomie abdominale subtotale, ou totale, pour fibromes, *il est recommandable*, *si les ovaires sont sains, de les laisser*, *au moins l'un d'eux* : les notions qu'on possède aujourd'hui sur les sécrétions internes donnent à penser que ces organes ne sont pas inutiles. Il est très facile, par une modification insignifiante de technique, d'enlever l'utérus sans les ovaires : il suffit, au lieu de sectionner le ligament large en dehors de l'ovaire, de le pincer et le sectionner en dedans de celui-ci.

Direction générale du traitement des fibromes. — Après avoir passé en revue les modes de traitement appliqués aux fibromes utérins, je dois maintenant résumer les indications en quelques lignes.

Les fibromes petits et ne déterminant aucun trouble, — qui sont parfois découverts par hasard, — seront abandonnés à eux-mêmes, en se contentant de surveiller la femme, de s'assurer par des examens de temps à autre que la tumeur n'a pas tendance à s'accroître.

Chez une femme jeune, lorsqu'il existe des troubles légers (ménorragies surtout) sans retentissement sérieux sur l'état général, et que la tumeur ne paraît pas avoir tendance à un accroissement rapide, on peut d'abord essayer le traitement médical, l'électrothérapie, les cures hydrominérales répétées.

Si, malgré ce traitement médical, les troubles persistent et s'aggravent, ou si la tumeur tend à s'accroître, il faut sans hésiter s'adresser au traitement chirurgical.

Lorsqu'il s'agit d'une femme approchant de l'âge de la ménopause, il convient, en raison de la tendance habituelle des fibromes à diminuer de volume et à s'atrophier au moment de la ménopause, de s'en tenir autant que possible au traitement médical ; si les ménorragies persistent et résistent, on a aujourd'hui dans la radiothérapie un moyen très efficace de les faire disparaître, en produisant une stérilisation des ovaires et une ménopause anticipée : ce moyen convient surtout aux femmes aux environs de la quarantaine, ayant un fibrome ménorragique.

Cependant, même chez une femme proche de la ménopause, il faut, sans trop remettre l'intervention et sans attendre une débilitation exagérée, intervenir chirurgicalement sans hésiter, tout comme chez une femme jeune, lorsqu'on observe un fibrome qui tend à s'accroître graduellement (d'autant que c'est surtout à la ménopause qu'on observe parfois la dégénérescence sarcomateuse), ou un fibrome ayant un retentissement marqué sur l'état général ou provoquant des accidents qui s'aggravent.

Quant au choix de l'opération, sauf les cas où l'intervention par voie vaginale s'impose d'après le siège de la tumeur (polypes fibreux évoluant vers le vagin, fibromes du col), la tendance générale est de préférer ordinairement la voie abdominale. Lorsque la chose est possible sans grands dégâts, sans trop de complication opératoire, on préférera la myomectomie. Mais, lorsqu'il y a des tumeurs multiples, que la myomectomie est irréalisable ou ne serait réalisable qu'au prix de manœuvres par trop laborieuses et prolongées et de dégâts sérieux, il faut pratiquer l'hystérectomie abdominale, subtotale de préférence, sauf circonstances spéciales et exceptionnelles qui pourraient motiver la totale.

Disons en terminant que, lorsqu'on observe un fibrome utérin chez une femme enceinte, dans l'immense majorité des cas il faut attendre le terme, quitte à pratiquer à ce moment une opération, si la tumeur paraît devoir apporter un obstacle dystocique sérieux. Ce n'est que dans les cas rares où le fibrome provoque des accidents graves qu'il y a lieu d'intervenir au cours de la grossesse, soit par myomec-

tomie, si la disposition de la tumeur le permet, soit par hystérectomie abdominale.

POLYPES DE L'UTÉRUS.

On donne ce nom aux tumeurs *pédiculées* de la surface interne de l'utérus. Il y en a plusieurs sortes.

Polypes fibreux. — Ce sont des fibro-myomes sous-muqueux qui se sont pédiculisés (fig. 276). Ils déterminent des *métrorragies* dont la répétition et l'abondance finissent par amener une anémie intense et créer un danger. Ils finissent par dilater le col, descendre dans le vagin, et parfois être expulsés spontanément par rupture de leur pédicule.

Il ne faut pas compter sur cette expulsion spontanée ni l'attendre, car on s'exposerait à voir la malade s'affaiblir beaucoup et succomber avant qu'elle ne soit survenue.

Lorsque la tumeur fait saillie dans le vagin ou est accessible dans le col dilaté, il faut la saisir avec une pince de Museux ; puis, si le pédicule est très grêle, il suffit parfois d'imprimer des mouvements de torsion pour rompre le pédicule et extraire le polype ; si le pédicule est plus gros, il faut placer sur lui une pince-clamp le plus haut possible et le sectionner aux ciseaux au-dessous ; la pince sera enlevée au bout de quarante-huit heures. Généralement, on fait suivre l'ablation du polype d'un curettage utérin, contre la métrite concomitante. On met une mèche de gaze dans l'utérus.

Si le col n'est pas dilaté, on commence par le dilater, et, au besoin, on l'incise à droite et à gauche, puis on fait l'ablation comme précédemment.

Lorsque le polype est très gros, on peut être obligé de le morceler pour l'enlever.

Il arrive parfois que la traction sur le polype amène de l'inversion utérine ; il faut le reconnaître et éviter d'entamer la paroi utérine. Le polype enlevé, on réduira cette inversion et on mettra un tamponnement utérin à la gaze.

L'emploi du serre-nœud de Maisonneuve et de l'écraseur linéaire de Chassaignac est aujourd'hui complètement abandonné.

Polypes muqueux. — Ce sont de petites tumeurs pédiculées, toujours de faibles dimensions, résultant de l'hypertrophie des divers éléments de la muqueuse et formées surtout de glandes hypertrophiées et dilatées, quelquefois kystiques. Ils se développent surtout dans le col et sont le résultat d'une métrite. Ils donnent lieu, eux aussi, à des hémorragies.

Il n'est généralement même pas besoin de sectionner aux ciseaux

leur pédicule : il suffit de saisir le polype avec une pince ordinaire à pansement utérin (fig. 184) et de lui imprimer un mouvement de torsion qui rompt le pédicule. On termine par un curettage et un pansement utérin à la gaze.

Polypes placentaires. — On donne ce nom à des cotylédons restés adhérents à la paroi utérine, qui ont continué à vivre en se modifiant, se sclérosant, et qui se sont plus ou moins pédiculisés.

Il faut les extraire par un **curage digital**, qu'on fait suivre d'un nettoyage de la cavité utérine.

Polypes sarcomateux. — Voy. SARCOME DE L'UTÉRUS.

SARCOME DE L'UTÉRUS.

Il comprend plusieurs formes :

1° Le *sarcome parenchymateux* paraît être le plus souvent le résultat de la transformation d'un fibrome. Il n'est pas, comme celui-ci, nettement encapsulé, mais a tendance à s'infiltrer dans le tissu voisin. Cliniquement, il donne lieu à des symptômes semblables au fibro-myome et est généralement confondu avec lui : cependant l'augmentation rapide de la tumeur peut faire soupçonner la possibilité de sa nature sarcomateuse.

2° Le *sarcome de la muqueuse utérine* comprend deux types :

a. Le **sarcome pédiculé** ou **polype sarcomateux**, qu'on confond avec un polype fibreux, mais que l'examen histologique ou la récidive après son ablation permettent d'en distinguer ;

b. Le **sarcome diffus de la muqueuse**, qui donne lieu à des hémorragies, de la leucorrhée, de l'hydrorrhée, etc. ; l'utérus est augmenté de volume, quelquefois beaucoup ; le toucher intra-utérin montre que la surface interne de l'utérus est irrégulière, tapissée de fongosités molles. L'hématométrie est une complication fréquente, due à l'obturation de l'orifice de la cavité cervicale par les fongosités.

3° Le *sarcome en grappe du col*, dont l'évolution est silencieuse, est une forme rare.

Traitement. — Ce doit être l'*hystérectomie totale* : on fait de préférence l'**hystérectomie abdominale totale,** sauf dans les cas de sarcome du col où l'on préférera l'**hystérectomie vaginale**.

CANCER DE L'UTÉRUS.

Le CANCER DE L'UTÉRUS, très fréquent, est, dans la grande majorité des cas, un CANCER DU COL, qui peut d'ailleurs secondairement s'étendre

plus ou moins au corps utérin. Latent au début, et n'étant alors découvert qu'au hasard d'un examen gynécologique, il commence à se révéler cliniquement par des *métrorragies* irrégulières, menstruelles ou intermenstruelles, qui souvent sont répétées, abondantes et deviennent plus ou moins continues, affaiblissant et anémiant les malades; elles surviennent en général quand il y a ulcération du cancer. Il y a aussi de la *leucorrhée* ou mieux, à une phase avancée de la maladie, des *écoulements ichoreux*, séro-sanguinolents, roussâtres, d'une odeur fétide *sui generis*, qui se répand autour de la malade en exhalant pour ainsi dire à distance le diagnostic. Les *douleurs*, qui deviennent parfois d'une intensité torturante, n'apparaissent ordinairement qu'à une phase avancée, lorsque le cancer s'est propagé à la base des ligaments larges et au tissu cellulaire pelvien.

Le cancer du col se propage au vagin, au corps utérin, à la base des ligaments larges, où fréquemment il comprime l'uretère, d'où dilatation de la partie supérieure de ce conduit et lésions rénales fréquentes, qui se traduisent tantôt par de la polyurie, tantôt par de l'anurie quand il y a obstacle urétérique bilatéral, et qui aboutissent souvent à l'*urémie*. Le cancer du col peut aussi gagner la vessie, le rectum, déterminer des *fistules* faisant communiquer ces organes avec le canal génital, se compliquer enfin d'infection urinaire (cystite, pyélonéphrite). Il peut enfin se généraliser à distance.

Il se termine par la mort par *cachexie*, ou souvent par *urémie*, dans un délai moyen d'un à deux ans. Son pronostic est plus grave et sa marche plus rapide quand il atteint une femme jeune.

Le DIAGNOSTIC n'est pas toujours facile au début : il se présente soit sous forme d'une petite ulcération du col, saignant facilement, à bords et à base indurés, ou d'un nodule induré siégeant dans l'épaisseur du col, ou enfin d'une petite végétation.

D'une manière générale, toute lésion du col, végétation, ulcération, qui a une grande tendance à saigner, qui saigne au moindre toucher, doit être fortement suspectée.

L'importance du diagnostic précoce et de l'intervention chirurgicale aussi près que possible de son début est telle qu'il faut, lorsqu'on a un doute sur la nature d'une ulcération ou d'une lésion du col, en prélever une parcelle par une biopsie pour en faire faire l'examen histologique.

A sa période d'état, le cancer du col forme de grosses végétations bourgeonnantes en chou-fleur remplissant plus ou moins le fond du vagin, ou bien une ulcération qui a plus ou moins rongé et détruit le col.

Le CANCER PRIMITIF DU CORPS UTÉRIN, beaucoup moins fréquent, donne ieu aussi à des métrorragies, des écoulements séreux, et tardivement à des douleurs. L'utérus est augmenté de volume.

On peut assurer le diagnostic grâce au toucher intra-utérin après dilatation du col et grâce au curettage et à l'examen histologique des parcelles ramenées de la cavité utérine.

Traitement. — Malgré les nombreuses méthodes thérapeutiques essayées, il n'y en a encore à l'heure actuelle qu'une seule qui soit reconnue comme permettant d'espérer — et d'obtenir quelquefois — la guérison durable du cancer utérin : c'est l'**extirpation chirurgicale.** Pour offrir des chances sérieuses de succès persistant, celle-ci doit remplir deux conditions :

1° Elle doit être **large** et viser à enlever non seulement en entier la lésion apparente, mais encore les tissus circonvoisins, qui peuvent être déjà histologiquement envahis par les éléments cancéreux et devenir après l'opération une source de récidive : c'est dire qu'on a absolument renoncé, même dans les lésions cancéreuses du col les plus limitées, à la simple amputation du col; L'EXTIRPATION DE TOUT CANCER UTÉRIN DOIT COMPORTER L'EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS, L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE. On s'attache en outre aujourd'hui, comme nous le verrons en étudiant la technique opératoire, à enlever aussi largement que possible, avec l'utérus, le tissu cellulaire voisin avec ses lymphatiques et ses ganglions.

2° L'extirpation doit être **précoce**, et les risques de récidive sont d'autant moindres qu'on intervient plus près du début de la lésion. Malheureusement, en fait, on voit rarement le cancer à cette période de début, où il est latent ; les malades ne consultent que lorsque apparaissent les hémorragies, c'est-à-dire à un moment où souvent le cancer est déjà assez avancé, et certaines mêmes ne consentent à se soumettre à un examen médical que lorsqu'elles commencent à souffrir, c'est-à-dire à une période où le cancer est généralement étendu hors des limites du col et inopérable, ou opérable dans des conditions précaires et avec une récidive rapide pour ainsi dire assurée.

Il faut opérer, et le plus tôt possible, tous les cancers limités, sans envahissement des organes voisins ni des ligaments larges, et dans lesquels l'examen de l'utérus par le palper et le toucher combinés montre que cet organe a conservé sa mobilité normale.

Il ne faut pas opérer les cancers ayant manifestement dépassé les limites de l'utérus, propagés aux organes voisins, et dans lesquels l'exploration de l'utérus montre que celui-ci n'est plus mobilisable en raison de l'envahissement des tissus voisins et en particulier des

ligaments larges. Opérer alors serait *inutile*, car on ne pourrait enlever tout le tissu cancéreux ; on n'exposerait la malade à une intervention d'une certaine gravité que pour un bénéfice illusoire, puisque le mal continuerait à évoluer. Ce serait, de plus, *dangereux*, car on risquerait de produire des désordres graves, de déchirer la vessie, le rectum, etc. Il faut dans ces cas se contenter du **traitement palliatif.**

Mais, entre ces cas extrêmes où il y a nettement indication ou contre-indication à opérer, existe le lot, de beaucoup le plus nombreux, des cas intermédiaires, ceux où le cancer est déjà assez étendu, ayant commencé parfois à envahir le vagin, et où, bien que l'utérus soit resté mobilisable à l'examen clinique, le degré d'extension et l'ancienneté relative de la lésion rendent probable l'existence d'un envahissement histologique des lymphatiques émanés de l'utérus par des éléments cancéreux. En pareil cas, on se décide souvent à opérer, sachant que les chances de succès sont faibles, que la récidive après l'opération est probable dans un délai plus ou moins bref ; mais enfin, comme l'extirpation est la seule planche de salut à laquelle on puisse rattacher un espoir de guérison, comme de temps à autre la chirurgie enregistre des guérirons peu espérées, ou plus souvent une survie plus ou moins prolongée avant l'apparition d'une récidive, il est naturel de proposer et de tenter l'ablation du mal, si faibles que soient les chances de succès. Bien entendu, c'est ici affaire de tact, de sens clinique, et on conçoit aussi que certains cas limites puissent, suivant la hardiesse et l'habileté des chirurgiens, ou simplement suivant leurs tendances plus ou moins chirurgicales, apparaître aux uns justiciables et aux autres non justiciables de l'hystérectomie.

L'*hystérectomie totale* contre le cancer de l'utérus a été faite tout d'abord par **voie abdominale** (opération de Freund) ; mais la mortalité opératoire de cette opération lui fit bientôt préférer l'**hystérectomie vaginale**, moins grave. Cependant, lorsque les perfectionnements de la technique eurent amélioré le pronostic opératoire de l'hystérectomie abdominale, on revint à elle, parce qu'elle permet mieux que l'hystérectomie vaginale l'ablation large, avec l'utérus, des tissus circonvoisins, du paramétrium, du tissu cellulaire et des ganglions pelviens. On vit alors, il y a une dizaine d'années, des chirurgiens préconiser des opérations complexes et minutieuses, comportant, avec l'ablation de l'utérus et de ses annexes, la recherche systématique et l'ablation de tous les ganglions envahis ou suspects, en un mot l'**évidement pelvien**, ou même l'**évidement lombo-iléo-pelvien** (Jonnesco). Actuellement on en est revenu de

ces opérations exagérément complexes et graves. Les recherches anatomo-pathologiques ont montré, en effet, que, dans les cancers du corps utérin opérables, les ganglions ne sont pas atteints ; que dans les cancers du col très souvent ils ne sont pas pris et que, lorsqu'ils le sont, ce n'est que dans une proportion très restreinte de cas qu'ils sont extirpables, car souvent alors l'envahissement cancéreux est étendu à des groupes ganglionnaires qui sont hors de la portée de l'intervention chirurgicale. D'autre part, on sait maintenant que les ganglions augmentés de volume sont loin d'être toujours cancéreux, mais parfois simplement enflammés. Par contre, on sait que très fréquemment le paramétrium est envahi, et parfois aussi la paroi vaginale, alors même que sa muqueuse paraîtrait indemne. Aussi, à l'heure actuelle, a-t-on en général renoncé aux évidements pelviens compliqués avec recherche systématique de tous les ganglions, qui, pour une gravité opératoire incontestable, ne paraissent pas présenter d'avantages bien établis. Mais on s'accorde généralement à reconnaître les avantages de l'**hystérectomie abdominale avec excision large et méthodique des ligaments larges, du paramétrium et du vagin**, dont le PROCÉDÉ DE WERTHEIM peut être considéré comme le type : c'est ce procédé que je vais décrire.

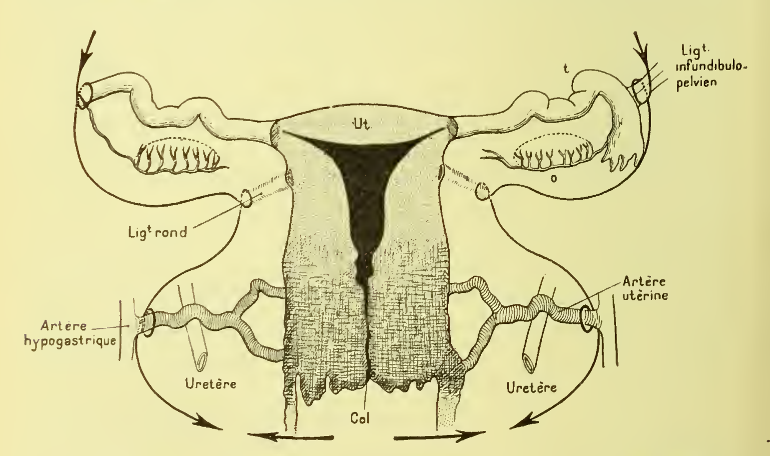


Fig. 282. — Schéma de Kelly, montrant où doit se faire la section des ligaments infundibulo-pelviens, des ligaments ronds et des artères utérines (le plus près possible de la paroi pelvienne) et où doit se faire la section du vagin (au-dessous de la limite inférieure du cancer).

Technique de l'hystérectomie abdominale pour cancer utérin. — Il est bon de faire, dans les jours qui précèdent l'opération, un curettage des fongosités cancéreuses du col.

L'hystérectomie pour cancer se pratique de la manière suivante. On fait une incision médiane de la paroi abdominale, assez longue pour avoir beaucoup de jour. Après avoir placé une large valve sur l'angle inférieur de l'incision et isolé l'intestin du champ opéra-

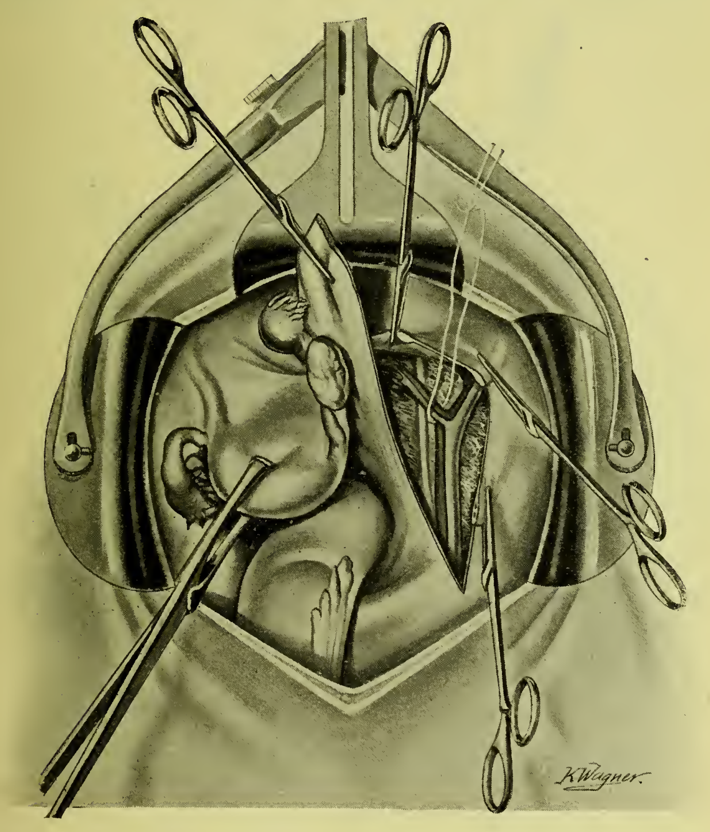


Fig. 283. — Hystérectomie abdominale totale pour cancer (d'après R. Proust). Le ligament infundibulo-pelvien, le ligament rond et le ligament large du côté droit ont été sectionnés.

On aperçoit sur la paroi pelvienne l'uretère, les vaisseaux utérins, les vaisseaux hypogastriques. On lie les vaisseaux utérins en dehors de l'uretère, près de leur origine.

toire par des compresses, on examine les organes pelviens pour s'assurer que le cancer n'a pas envahi la vessie, les ligaments larges, et qu'il est opérable.

On saisit l'utérus soit avec une pince de Museux, soit avec la pince à traction de Collin (fig. 236) ; on l'attire — sans violence —

en haut et un peu de côté, de manière à tendre l'un des ligaments infundibulo-pelviens (pédicule vasculaire utéro-ovarien), et on sectionne celui-ci entre deux pinces ou après ligature, le plus près possible de la paroi pelvienne (fig. 282), afin d'enlever avec l'utérus

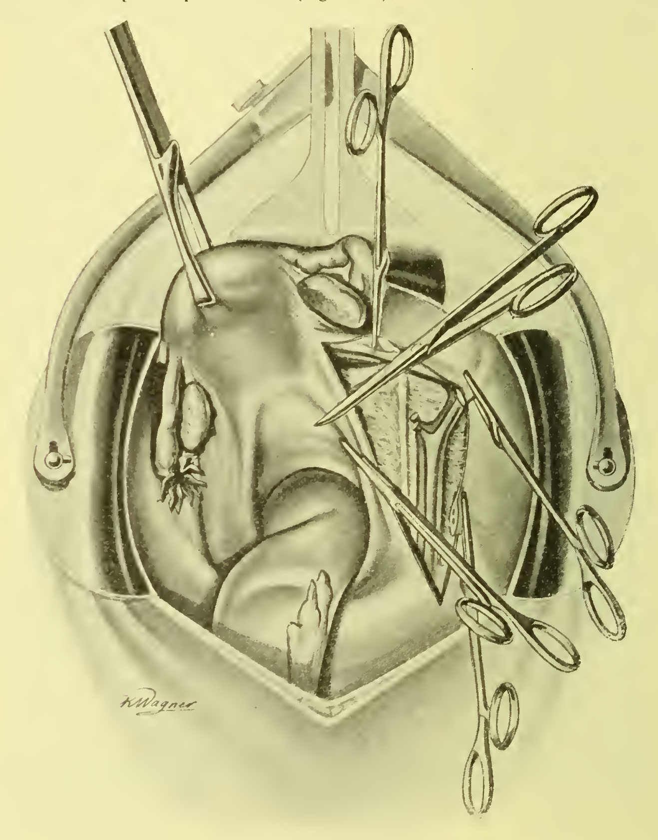


Fig. 284. — Hystérectomie abdominale totale pour cancer (d'après R. Proust). L'artère utérine droite, liée, est sectionnée. On sectionne le ligament utéro-sacré droit.

le ligament large tout entier. On incise alors le ligament large jusqu'au ligament rond, qu'on sectionne le plus loin possible de l'utérus, près de l'orifice péritonéal du canal inguinal. On décolle les tissus de la paroi latérale du bassin, de façon à découvrir l'uretère, qui suit le feuillet postérieur du ligament large et les vaisseaux utérins. On lie ceux-ci en dehors du point où ils croisent l'ure-

tère (fig. 283) et on les coupe en dedans de la ligature ; on les soulève alors pour les refouler en dedans et libérer l'uretère, qu'on isole de son mieux, en s'aidant par exemple de l'extrémité mousse de ciseaux courbes fermés, et en conservant toutefois sa gaine

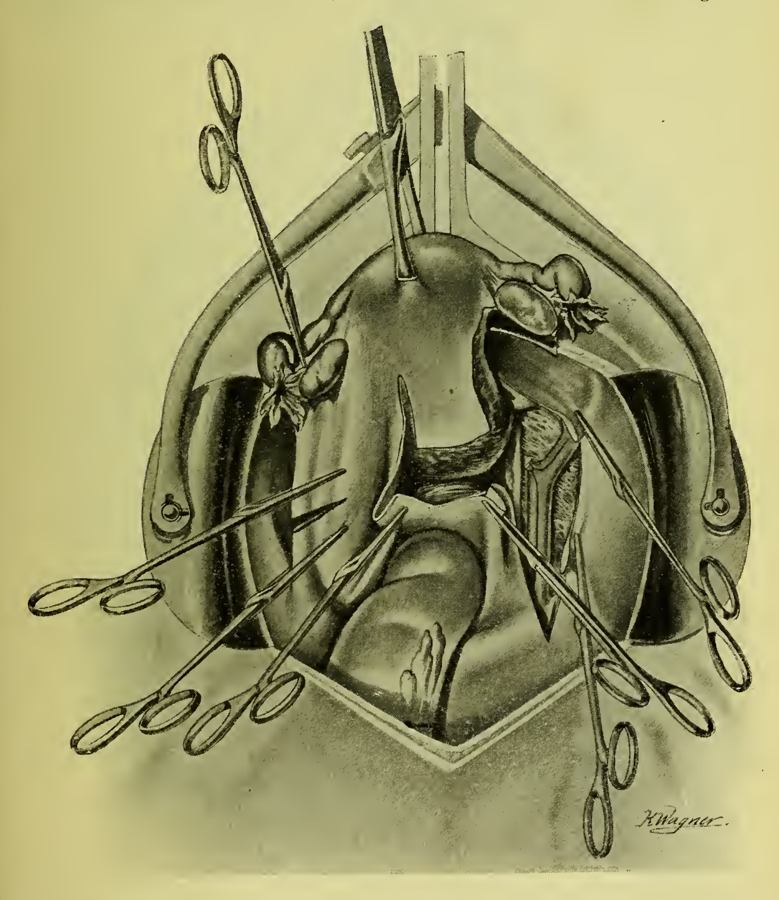


Fig. 285. — Hystérectomie abdominale totale pour cancer (d'après R. Proust).

Les deux ligaments utéro-sacrés ont été sectionnés. On décolle le rectum du vagin.

conjonctivo-vasculaire et, là où c'est possible, ses connexions postérieures, pour ne pas détruire ses moyens de nutrition et éviter son sphacèle.

La séparation de l'artère utérine et de l'uretère n'est pas difficile

si les tissus sont normaux, mais le devient s'ils sont épaissis et enflammés.

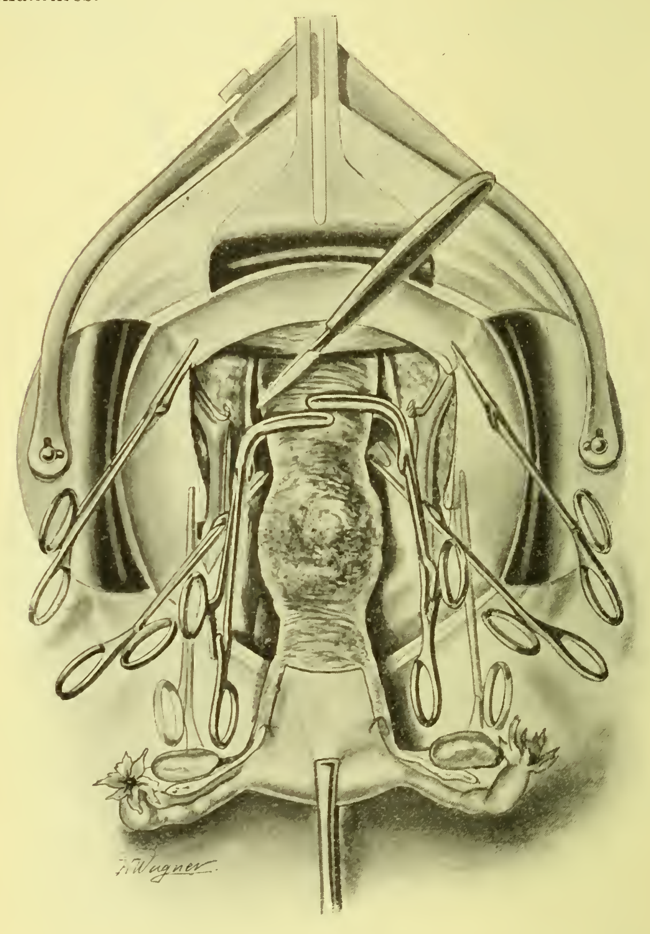


Fig. 286. — Hystérectomie abdominale totale pour cancer (d'après R. Proust).

Le vagin, libéré en avant, en arrière et sur les côtés, est pincé transversalement au-dessous de la limite inférieure du cancer avec deux pinces coudées, et on l'incise au-dessous des pinces.

Le ligament large du côté opposé est traité, sectionné, de la même manière que le premier.

On incise alors le péritoine pré-utérin d'un ligament large à l'autre, et on décolle la vessie du col de l'utérus, puis du vagin, assez loin

pour que tout à l'heure on puisse pincer celui-ci en travers avec une pince coudée au-dessous de la partie la plus basse du cancer.

On tire l'utérus et on le fait basculer en avant sur le pubis, pour tendre les ligaments utéro-sacrés, qu'on sectionne (fig. 284). On sectionne le péritoine du cul-de-sac de Douglas, et on dédouble la

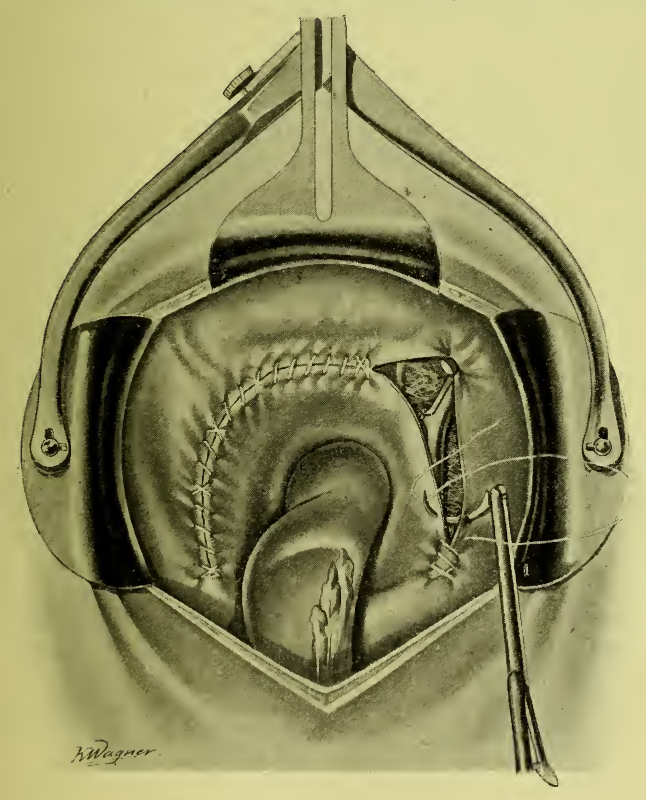


Fig. 287. — Hystérectomie abdominale totale pour cancer. Péritonisation.

cloison recto-vaginale pour libérer le vagin aussi bas qu'en avant (fig. 285); on le libère aussi sur les côtés.

Le vagin bien libéré, on le pince transversalement, au-dessous de la partie la plus basse du cancer, avec deux pinces coudées (fig. 286), et on le sectionne au-dessous des pinces, réalisant ainsi une ablation du cancer en vase clos.

Pour terminer, on place des ligatures s'il y a lieu ; on met une mèche de gaze dans le vagin ; on péritonise par-dessus celui-ci le

fond du bassin en suturant le péritoine vésical au péritoine prérectal (fig. 287) ; enfin on ferme la paroi abdominale.

L'opération de Wertheim a donné d'excellents résultats thérapeutiques, dans une affection aussi grave que le cancer de l'utérus : les cas ne sont pas très rares d'opérées qui ont été revues au bout de trois, quatre, cinq ans sans récidive. Mais c'est une opération grave : la mortalité opératoire dans les statistiques publiées varie entre 10 et 20 p. 100 ; ces statistiques sont celles de chirurgiens très experts dans cette opération, comme Mackenrodt, comme le Pr Auguste Pollosson, etc. ; mais il n'est guère douteux que, pratiquée par un chirurgien *quelconque*, l'opération donnerait souvent des résultats moins beaux. Tous les chirurgiens ayant l'habitude de cette opération ont eu d'abord une mortalité relativement importante, qui s'est abaissée à mesure que s'étendait leur pratique.

Hystérectomie vaginale. — L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus, pratiquée avec succès dès 1822 par Sauter et en 1829 par Récamier, puis abandonnée en raison des revers qui suivirent, fut reprise et rénovée sous le couvert de l'antisepsie par Czerny, Demons, J. Bœckel et surtout Péan et Richelot, et elle eut sa période de grande vogue. Elle est actuellement très délaissée ; cependant quelques chirurgiens, Potherat par exemple, lui restent encore fidèles. Ils lui reconnaissent sur l'hystérectomie abdominale les avantages d'être d'exécution plus rapide, d'éviter toute incision abdominale et, par suite, tout risque d'élimination de fils, de fistule abdominale post-opératoire ou d'éventration ; enfin surtout elle est assez bénigne (mortalité opératoire : 1 seul cas sur 53 opérations, Potherat). Si, au point de vue thérapeutique, elle ne se montre pas sensiblement supérieure aux autres méthodes, elle ne leur serait pas inférieure, d'après Potherat.

Cependant la plupart des chirurgiens ont complètement renoncé à l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin, parce qu'elle ne permet pas de réaliser, comme l'hystérectomie abdominale, une exérèse très large comprenant, avec l'utérus et ses annexes, les ligaments larges tout entiers, le paramétrium et les ganglions pelviens envahis ou suspects. Elle offre donc moins de garanties d'enlever complètement les éléments cancéreux et ne met pas dans d'aussi bonnes conditions pour éviter ou reculer le plus possible la récidive.

L'hystérectomie vaginale pour cancer utérin, qu'on fait précéder soit d'une façon immédiate, soit mieux quelques jours avant, d'un curettage des bourgeons cancéreux et de cautérisation au thermocautère, se pratique, d'une manière générale, suivant la technique

habituelle de cette opération, que j'exposerai au chapitre SALPINGO-OVARITES (p. 683). Cependant, pour éviter les risques de greffes cancéreuses, il ne faut pas sectionner dans le tissu cancéreux, par conséquent éviter de sectionner l'utérus sur la ligne médiane, comme on le fait habituellement, et chercher à faire basculer son fond et à extirper l'organe d'un seul bloc sans hémisection.

Bien entendu, si la paroi vaginale commence à être envahie par le cancer au voisinage du col, il faut inciser le vagin en dehors des limites du cancer et disséquer une collerette de paroi vaginale, dont on fera l'ablation avec l'utérus. Mais l'indication de l'opération est alors discutable, la récidive étant pour ainsi dire certaine et ordinairement rapide.

Colpo-hystérectomie par voie vulvo-périnéale (ou opération de Schuchardt-Schauta). — On a cherché, dans ces dernières années, à réaliser par voie basse l'extirpation large et en sac clos de l'utérus cancéreux : l'opération proposée diffère notablement de l'hystérectomie vaginale ordinaire et porte les noms de Schuchardt et de Schauta.

La veille de l'opération, comme pour les autres modes d'extirpation, on curette et on cautérise les végétations cancéreuses.

Pour l'opération elle-même, les mains étant munies de gants de caoutchouc, on incise circulairement le vagin à une hauteur variable, plus ou moins près de la vulve suivant l'extension du cancer, mais en tout cas au-dessous et à distance de la limite inférieure du cancer. On dissèque de bas en haut une manchette de paroi vaginale de quelques centimètres de longueur, puis on réunit par des points de suture les bords antérieur et postérieur de cette manchette, de manière à réaliser l'occlusion hermétique de la partie supérieure du vagin renfermant les végétations cancéreuses, qu'on ne devra plus voir dans le reste de l'opération : le cancer sera dès lors extirpé en sac clos, ce qui évite autant qu'il est possible les risques d'infection ou de greffe cancéreuse. On a soin, après avoir noué les fils qui servent à fermer le vagin, de ne pas couper leurs bouts, mais de les conserver afin de pouvoir s'en servir pour tirer (fig. 288).

A ce moment, on enlève les gants pour en remettre une autre paire, et on met à l'écart les instruments qui ont servi jusque-là, pour en prendre d'autres, car le reste de l'opération doit être absolument aseptique.

On se donne du jour en pratiquant l'incision paravaginale ou vulvo-périnéale de Schuchardt (fig. 288) : on fait partir de l'incision circulaire vaginale initiale, à l'union de la face postérieure et de la face latérale gauche du vagin, une incision qui descend vers l'orifice

vulvaire et intéresse celui-ci à l'union de son bord postérieur et de son bord gauche, puis qui se continue d'avant en arrière sur la partie latérale du périnée pour se terminer en dehors de l'anus, parfois même se prolonger jusqu'au sacrum. Cette incision intéresse toute l'épaisseur des parties molles du périnée. On isole le rectum

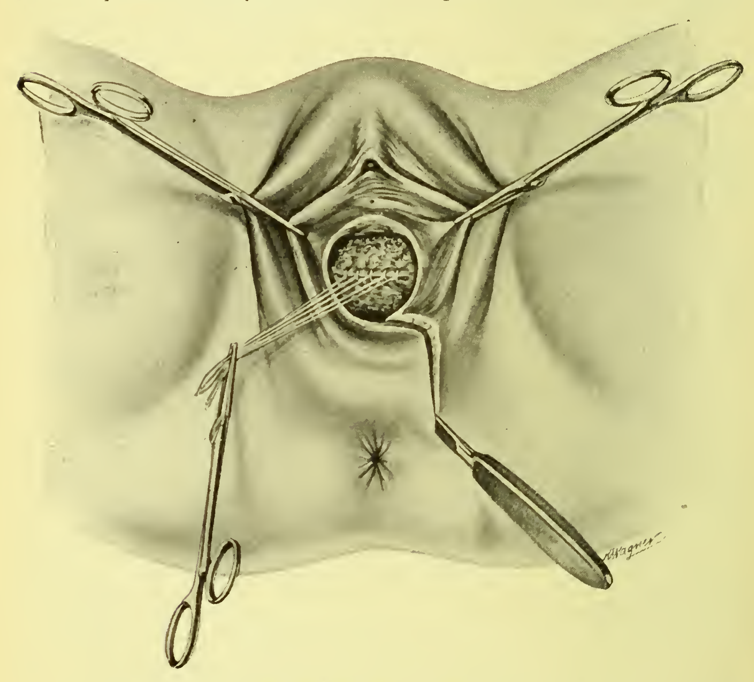


Fig. 288. — Opération de Schuchardt-Schauta (d'après R. Proust).

Une manchette circulaire a été disséquée à la partie supérieure du vagin et suturée de manière à enfermer le cancer. On fait l'incision vagino-périnéale qui va donner du jour.

et on le récline à droite. On lie les vaisseaux qui saignent, et on tamponne la plaie avec de la gaze stérilisée.

On décolle alors la vessie du vagin, puis du col utérin, non seulement sur la ligne médiane, mais aussi vers les côtés, de manière à reconnaître les uretères, qui forment à droite et à gauche un cordon se dirigeant en arrière et en dehors dans la base du ligament large. On commence à libérer les uretères, mais on ne peut compléter leur dissection en arrière qu'un peu plus tard, après avoir bien libéré le vagin sur ses bords latéraux.

On achève donc la libération du vagin, d'abord en arrière, jus-

qu'au cul-de-sac de Douglas, puis sur les côtés, en sectionnant successivement après ligature, ou bien entre deux pinces, les divers vaisseaux qui abordent le vagin par ses bords latéraux. Il faut veiller, dans ce travail de libération, à ne pas ouvrir le vagin, afin de maintenir le cancer en sac clos et, d'autre part, à rester toujours au-dessous de l'uretère sans entamer celui-ci.

Le vagin bien libéré et pouvant être dès lors bien abaissé, il

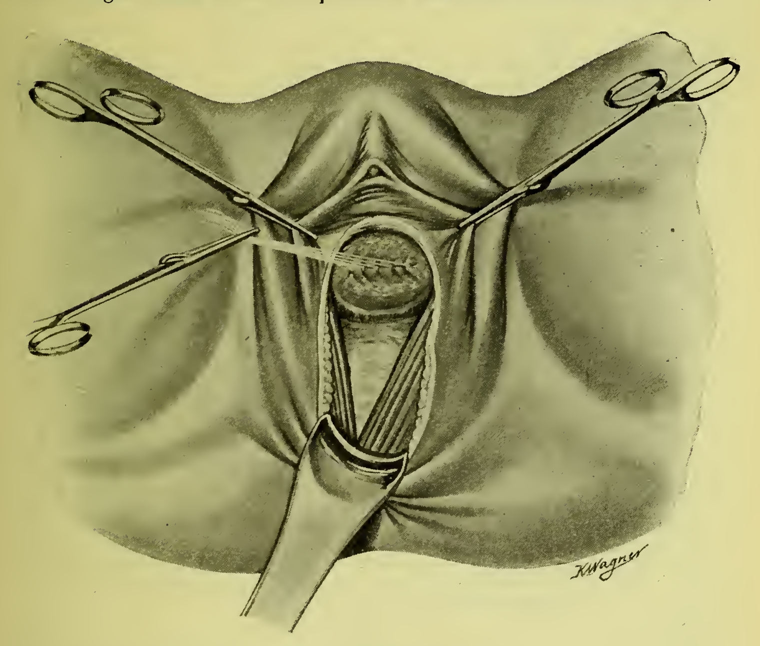


Fig. 289. — Opération de Schuchardt-Schauta (d'après R. Proust). L'incision vagino-périnéale ouvre un large champ opératoire.

devient possible de disséquer, sous le contrôle de la vue, et de bien dégager les uretères dans leur trajet latéro-cervical. On peut dès ce moment lier les artères utérines.

Lorsque les uretères sont bien dégagés des tissus à enlever, on ouvre aux ciseaux le péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et du cul-de-sac de Douglas. On fait basculer en avant le fond de l'utérus. On pose une ligature sur le ligament rond d'un côté (fig. 290) et on le sectionne ; on en fait autant sur le pédicule vasculaire utéro-ovarien du même côté, en dehors des annexes ; on sectionne le ligament large correspondant, après avoir lié, si ce

vulvaire et intéresse celui-ci à l'union de son bord postérieur et de son bord gauche, puis qui se continue d'avant en arrière sur la partie latérale du périnée pour se terminer en dehors de l'anus, parfois même se prolonger jusqu'au sacrum. Cette incision intéresse toute l'épaisseur des parties molles du périnée. On isole le rectum

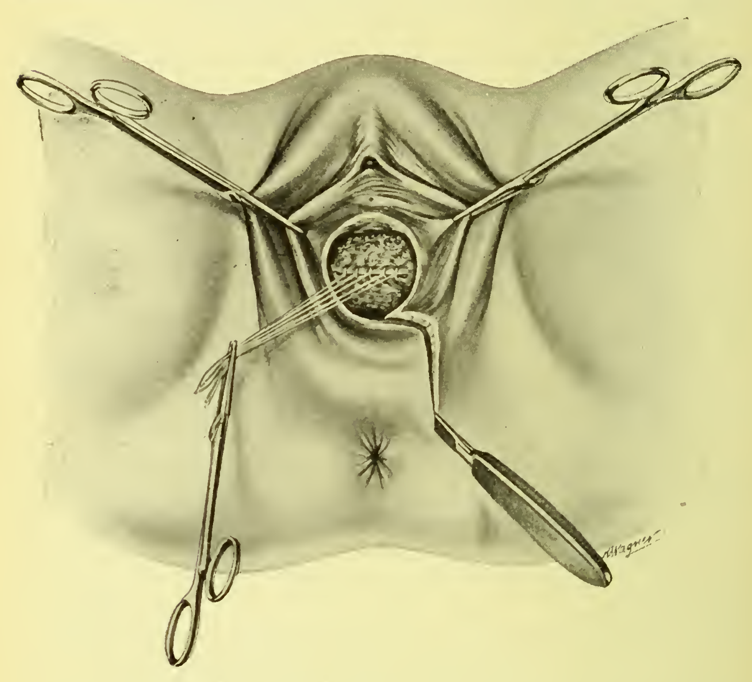


Fig. 288. — Opération de Schuchardt-Schauta (d'après R. Proust).

Une manchette circulaire a été disséquée à la partie supérieure du vagin et suturée de manière à enfermer le cancer. On fait l'incision vagino-périnéale qui va donner du jour.

et on le récline à droite. On lie les vaisseaux qui saignent, et on tamponne la plaie avec de la gaze stérilisée.

On décolle alors la vessie du vagin, puis du col utérin, non seulement sur la ligne médiane, mais aussi vers les côtés, de manière à reconnaître les uretères, qui forment à droite et à gauche un cordon se dirigeant en arrière et en dehors dans la base du ligament large. On commence à libérer les uretères, mais on ne peut compléter leur dissection en arrière qu'un peu plus tard, après avoir bien libéré le vagin sur ses bords latéraux.

On achève donc la libération du vagin, d'abord en arrière, jus-

qu'au cul-de-sac de Douglas, puis sur les côtés, en sectionnant successivement après ligature, ou bien entre deux pinces, les divers vaisseaux qui abordent le vagin par ses bords latéraux. Il faut veiller, dans ce travail de libération, à ne pas ouvrir le vagin, afin de maintenir le cancer en sac clos et, d'autre part, à rester toujours au-dessous de l'uretère sans entamer celui-ci.

Le vagin bien libéré et pouvant être dès lors bien abaissé, il

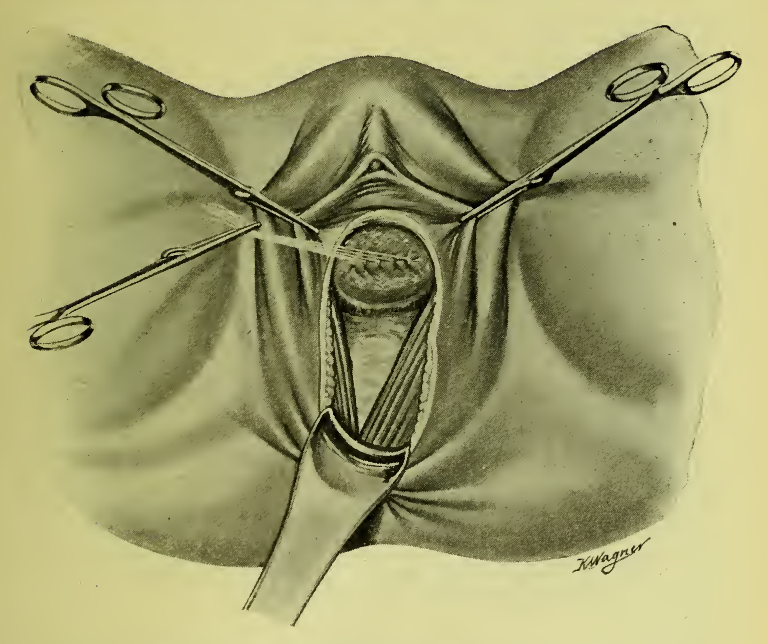


Fig. 289. — Opération de Schuchardt-Schauta (d'après R. Proust). L'incision vagino-périnéale ouvre un large champ opératoire.

devient possible de disséquer, sous le contrôle de la vue, et de bien dégager les uretères dans leur trajet latéro-cervical. On peut dès ce moment lier les artères utérines.

Lorsque les uretères sont bien dégagés des tissus à enlever, on ouvre aux ciseaux le péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et du cul-de-sac de Douglas. On fait basculer en avant le fond de l'utérus. On pose une ligature sur le ligament rond d'un côté (fig. 290) et on le sectionne ; on en fait autant sur le pédicule vasculaire utéro-ovarien du même côté, en dehors des annexes ; on sectionne le ligament large correspondant, après avoir lié, si ce

n'était déjà fait, l'artère utérine, et l'on a soin d'enlever largement sa base attenant à l'utérus ; on lie enfin et on sectionne le ligament utéro-sacré. On fait de même du côté opposé, et alors l'utérus se trouve enlevé, le cancer enfermé dans le sac clos formé par la partie supérieure du vagin.

On ferme la séreuse péritonéale en cherchant et suturant se tranches de section antérieure et postérieure. On tamponne avec de

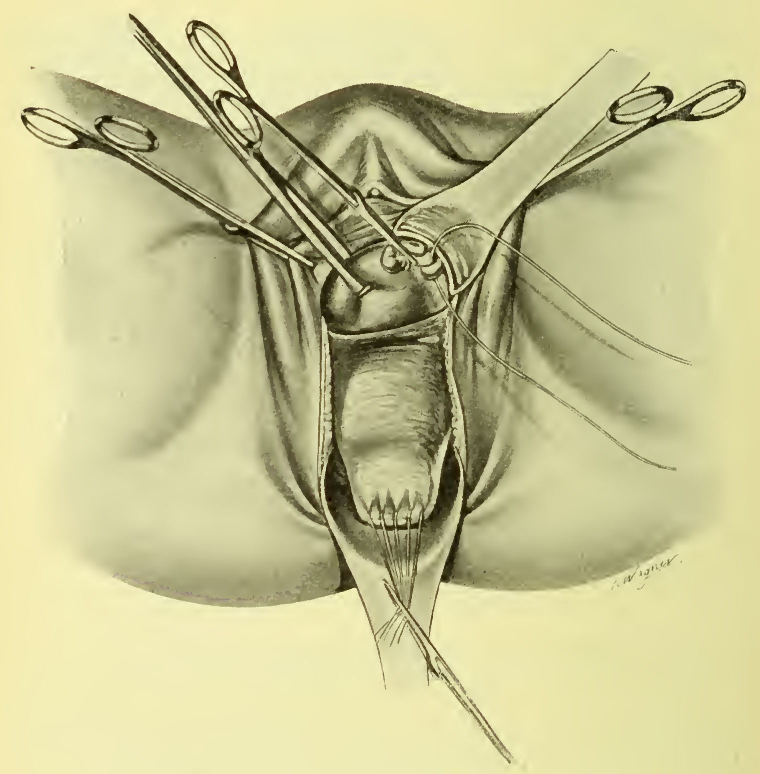


Fig. 290. — Opération de Schuchardt-Schauta (d'après R. Proust).
Le péritoine est ouvert, l'utérus basculé ; on lie le ligament rond gauche.

la gaze stérile la cavité cruentée résultant de l'ablation d'une partie du vagin et de la base des ligaments larges. On rétrécit l'incision circulaire du vagin en plaçant en avant deux ou trois points de suture qui réunissent sur la ligne médiane ses bords latéraux (fig. 291), de façon à soutenir un peu la vessie et à parer au prolapsus de celle-ci.

Enfin on suture, par des points prenant profondément tous les tissus, l'incision vagino-périnéale (fig. 291).

Hystérectomie vagino-abdominale. — Quelques chirurgiens (Mackenrodt, Imbert et Piéri, Pierre Duval), dans ces dernières années, ont extirpé l'utérus cancéreux par voie vaginale et voie abdominale combinées. On commence par inciser le vagin au-dessous de la limite inférieure du cancer; on dissèque une man-



Fig. 291. — Opération de Schuchardt-Schauta (d'après R. Proust).
On a rétréci l'incision circulaire du vagin par deux points de suture en avant, et on a suturé l'incision vagino-périnéale.

chette circulaire de paroi vaginale, qu'on décolle de la vessie et du rectum, et dont on suture les bords pour enfermer le cancer en sac clos. Changeant alors de gants et d'instruments, on fait une hystérectomie abdominale large comme dans le procédé de Wertheim. Le temps vaginal préliminaire rendrait l'opération plus facile et plus rapide.

Hystérectomie par voie sacrée. — L'extirpation de l'utérus par voie postérieure, après résection d'une partie du sacrum, est à juste titre abandonnée : je n'en dirai rien.

Fulguration. — Il y a quelques années, de Keating-Hart, Juge, ont préconisé, sous le nom de FULGURATION, une méthode nouvelle de traitement du cancer, consistant à associer à l'ablation chirurgicale du tissu cancéreux l'action locale de l'étincelle électrique de haute fréquence. Cette méthode, qui a été largement expérimentée, n'a pas donné d'aussi brillants résultats que ceux annoncés d'abord par ses promoteurs. Elle n'empêche pas les récidives et ne les retarderait même pas. Elle ne serait, d'autre part, pas toujours sans inconvénients. Nous n'insisterons donc pas sur elle, les chirurgiens ayant en général aujourd'hui fort restreint son emploi.

Traitement palliatif. — Dans les cancers trop avancés pour être justiciables de l'extirpation, force est bien de se contenter d'un traitement palliatif. Les indications se résument alors à combattre les hémorragies, les écoulements ichoreux et la douleur, assurer la désinfection du canal génital, essayer de soutenir et tonifier l'état général, enfin traiter les complications.

POUR DÉSINFECTER LE VAGIN, surtout s'il y a des écoulements fétides, on prescrit des injections vaginales antiseptiques répétées matin et soir avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000, ou d'hydrate de chloral à 1 p. 100, ou avec la liqueur de Labarraque (quatre cuillerées à potage pour 2 litres d'eau bouillie), ou avec l'eau oxygénée coupée d'égale quantité d'eau bouillie.

POUR CALMER LA DOULEUR, on recourt à l'antipyrine, au chloral, aux suppositoires opiacés, belladonés, aux lavements laudanisés, enfin en dernier lieu aux injections hypodermiques de morphine, d'héroïne.

CONTRE LES MÉTRORRAGIES, on fait garder le repos, pratiquer des injections vaginales très chaudes ; on fait sur le col des applications de tampons imprégnés d'une substance hémostatique (solution de perchlorure de fer, solution de ferropyrine de 15 à 30 p. 100). Le tamponnement vaginal offre une ressource d'urgence, qu'on peut appliquer momentanément s'il survient une perte de sang abondante, et qu'on peut associer à un badigeonnage préalable du col saignant avec une solution d'adrénaline au millième. Mais, si les pertes de sang se répètent et que l'utérus présente d'abondantes végétations cancéreuses, le meilleur palliatif à employer contre les métrorragies et les écoulements ichoreux est le **curettage des fongosités cancéreuses suivi de thermocautérisation** : on enlève, en grattant avec la curette, les végétations néoplasiques ; mais, lorsque le cancer est avancé, et surtout si des curettages antérieurs ont

déjà été faits, — car on peut répéter au besoin l'opération au bout d'un certain temps, lorsque les végétations et les écoulements reparaissent, — il faut être d'une particulière prudence, pour ne pas blesser les organes voisins et ne pas déterminer de perforations ou de fistules. On conseille ordinairement de faire suivre le curettage d'une cautérisation de la surface curettée avec le thermocautère. On termine en donnant une injection antiseptique et mettant une mèche de gaze au peroxyde de zinc, qu'on retire au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

On a employé aussi, après le curettage et à la place de la cautérisation au thermocautère, l'action de l'air chaud à 600° ou 700° projeté sur le néoplasme.

Le curettage des fongosités suivi de cautérisation ignée est généralement préféré à leur **cautérisation avec les caustiques** (nitrate d'argent, nitrate acide de mercure, chlorure de zinc, pâte de Canquoin, pâte de Vienne, caustique de Filhos), car il n'est pas facile de limiter l'étendue de leur action. On emploie particulièrement le **carbure de calcium**, préconisé par Guinard, et qui combattrait les hémorragies, les écoulements fétides et même les douleurs ; cette substance, au contact de l'eau des surfaces suintantes, se décompose en acétylène, qu'on voit bouillonner au fond du vagin et qui a une action hémostatique, et en chaux, qui a une action caustique. On met au fond du vagin, au contact du néoplasme, un fragment de carbure de calcium gros comme une petite noix ; on bourre aussitôt le vagin de gaze iodoformée. Il y a d'abord une sensation de brûlure, qui dure trois ou quatre heures. Au bout de quatre jours, on retire la gaze, on fait une large injection vaginale au sublimé à 1 p. 1 000, en détachant avec le doigt ou un instrument les parcelles de chaux plus ou moins adhérentes.

Signalons encore les injections interstitielles d'une solution de bleu de méthylène au cinq-centième (Mosetig), d'alcool (Schultz, Vuilliet), ces dernières assez douloureuses, — traitements qui ne paraissent pas s'être beaucoup répandus.

L'ÉRYTHÈME DE LA VULVE ET DE LA FACE INTERNE DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DES CUISSES, qui résulte de l'irritation de la peau par les suintements provenant des organes génitaux, doit être combattu par des soins de propreté, des lotions à l'eau blanche, par l'application de pommades stériles à base de lanoline ou de vaseline formant un enduit protecteur contre le contact des sécrétions.

Il faut chercher à SOUTENIR LES FORCES DE LA MALADE et l'état général par le repos, le séjour à la campagne, un régime alimentaire reconstituant, mais dont on éliminera les mets indigestes pour ne pas fati-

guer le tube digestif, enfin par l'emploi de toniques, tels que quinquina, kola, arsenicaux (liqueur de Fowler, cacodylate de soude). Souvent il est nécessaire de STIMULER L'APPÉTIT DÉFAILLANT, et on donne des amers (gouttes amères de Baumé, teinture de noix vomique, quassia amara, etc.), du condurango.

L'ANURIE PAR COMPRESSION URÉTÉRALE nécessite parfois la néphrostomie lombaire.

Signalons, pour terminer cet exposé du traitement palliatif, deux méthodes récentes : la **fulguration**, dont nous avons déjà parlé (p. 656) et la **radiumthérapie**.

Radiumthérapie. — On a, dans ces derniers temps, appliqué l'emploi du **radium** au traitement des cancers inopérables de l'utérus, et des résultats ont été obtenus qui méritent l'attention. H. Chéron et Rubens Duval ont publié (1909) l'observation de trois cas de cancer de l'utérus jugés inopérables et de deux cas de cancer secondaire du vagin, tous histologiquement reconnus quant à leur nature, dans lesquels le traitement par le rayonnement ultra-pénétrant du radium non seulement fit diminuer puis disparaître les douleurs, les hémorragies et les écoulements séreux, mais permit d'obtenir la disparition, cliniquement complète, des proliférations néoplasiques : les bourgeons cancéreux avaient été détruits, les ulcérations néoplasiques transformées ; les lésions vaginales s'étaient réduites à de simples cicatrices assez minces pour que l'on pût affirmer l'intégrité des tissus sous-jacents et les lésions du col ramenées à une sclérose très dense de celui-ci. *Cliniquement* on ne trouvait plus trace de cancer. Une expérience plus étendue et l'observation prolongée des malades ainsi traitées permettront seules de savoir dans l'avenir si l'on peut espérer une véritable et durable guérison. Jusqu'à nouvel ordre, l'hystérectomie large doit être appliquée à tout cancer de l'utérus opérable, et le radium être réservé soit pour des applications après l'opération, soit pour les cas inopérables.

DÉCIDUOME MALIN.

C'est une tumeur à évolution maligne, susceptible de généralisation (vagin, poumons, etc.), et dérivant de la prolifération de l'épithélium des villosités placentaires (syncytium ou plasmode). C'est, en somme, cliniquement une variété de cancer du corps de l'utérus, d'origine placentaire, apparaissant peu de temps — le plus souvent moins de trois semaines — après un avortement, beaucoup plus rarement après un accouchement à terme, ou fréquemment après l'expulsion d'une môle hydatiforme.

Il se traduit par des hémorragies abondantes, tenaces, des écoulements séreux ou séro-sanguinolents fétides, et la présence, dans un utérus volumineux, mollasse et généralement perméable au doigt, d'une tumeur irrégulière, friable, saignant facilement.

Le **traitement**, vu la gravité du pronostic, ne saurait être, dès le diagnostic posé, — après examen histologique de parcelles ramenées de la tumeur, si l'on a des doutes, — que l'**hystérectomie** sans retard.

CHAPITRE X

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET ORGANIQUES DES ANNEXES DE L'UTÉRUS ET DU PÉRITOINE PELVIEN

Affections inflammatoires et dystrophiques. — Salpingo-ovarite. Sclérose ovarienne.
Pelvi-péritonite. Paramétrite et phlegmon du ligament large. Suppurations pelviennes.
Tumeurs des annexes. — Kystes de l'ovaire.
Kystes parovariens. Fibromes du ligament large.
Tumeurs du ligament rond et des trompes.
Hématocèle péri-utérine.

J'ai déjà étudié, dans un chapitre précédent, la *tuberculose annexielle* (Voy. p. 591) ; je n'y reviendrai pas dans le présent chapitre.

PREMIÈRE CLASSE.

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET DYSTROPHIQUES.

SALPINGO-OVARITE.

Salpingites et ovarites doivent être, au point de vue du traitement comme au point de vue clinique, réunies dans une étude commune, sous le nom de SALPINGO-OVARITES ou d'ANNEXITES. Cliniquement, en effet, ce n'est que dans des cas relativement rares que l'on peut préciser que le processus pathologique frappe soit la trompe, soit l'ovaire : quelquefois, il est vrai, l'exploration bimanuelle fait percevoir un cordon douloureux qui est manifestement la trompe ; d'autres fois, on sent nettement un corps plus ou moins ovoïde, plus ou moins mobile, douloureux, qui est manifestement l'ovaire malade (ovarite, en particulier ovarite scléro-kystique). Mais, dans la grande majorité des cas, il est difficile d'affirmer la part qui revient à la trompe ou à l'ovaire, ou même au ligament large, au tissu cellulaire du paramétrium, dans la constitution des tumeurs plus ou moins bien

délimitées ou des empâtements plus ou moins diffus que fait découvrir l'exploration. D'ailleurs, très souvent, trompe, ovaire, et même tissu cellulaire du ligament large et péritoine pelvien se trouvent plus ou moins atteints simultanément par le processus morbide, de sorte que le terme vague et un peu général d'*annexite* correspond en réalité fort bien à la fois au vague et à l'imprécision du diagnostic, quant à la localisation exacte des lésions et à la fréquence d'une extension plus ou moins marquée de celles-ci aux divers organes qui constituent les annexes.

Bien que des annexites puissent exceptionnellement survenir sous l'influence d'une infection générale, c'est presque toujours une infection génitale, et au premier rang la blennorragie et l'infection puerpérale, qu'on trouve à l'origine des salpingo-ovarites. Elles sont habituellement précédées et souvent accompagnées de métrite. Elles débutent parfois d'une façon aiguë, avec des phénomènes fébriles, puis au bout de quelques jours, d'une ou deux semaines, ceux-ci disparaissent, et l'affection passe à l'état chronique. Mais très souvent elles s'établissent insidieusement et sont chroniques d'emblée. Elles donnent souvent lieu à des troubles menstruels, des irrégularités, des ménorragies, et habituellement à des douleurs dans un des côtés du bas-ventre, irradiées aux reins, à la cuisse. L'examen montre sur un des côtés de l'utérus et généralement sur un plan postérieur, parfois franchement dans le cul-de-sac de Douglas, une tuméfaction douloureuse indépendante de l'utérus.

Lorsqu'on est appelé à soigner une femme atteinte de salpingo-ovarite, que celle-ci soit aiguë, subaiguë ou chronique, on doit commencer par la soumettre au *traitement médical*. Ce n'est qu'après échec de celui-ci qu'on aura recours, si les accidents persistent ou s'accentuent avec un caractère suffisant de gravité, au *traitement chirurgical*. Les cas sont exceptionnels où l'on doive, pour répondre à une indication pressante, — par exemple rupture de pyosalpinx, menace d'ouverture d'une collection suppurée bombant dans le vagin, — intervenir chirurgicalement d'une manière immédiate.

I. — Traitement médical des salpingo-ovarites.

Tout d'abord la femme doit être mise au *repos* complet, couchée au lit. Après la disparition de la fièvre ou des phénomènes aigus ou subaigus, on ne se pressera pas de la faire lever. On surveillera alors l'état des annexes, et tant qu'il persistera de la douleur ou une tuméfaction notable à leur niveau, on maintiendra la femme au repos, c'est-à-dire souvent pendant des semaines, au lit d'abord, puis,

lorsqu'elle ira mieux, à la chaise longue. Faute de garder le repos suffisamment longtemps, en raison de leur condition sociale qui les oblige à travailler, bien des femmes du peuple guérissent difficilement ou ne guérissent pas leur salpingo-ovarite : elles la traînent indéfiniment, avec un cortège de troubles (douleurs, métrorragies...) qui souvent finissent par décider le médecin à leur proposer, et elles-mêmes à accepter, une opération. Donc repos, repos complet et prolongé.

Lorsqu'il y a une douleur vive et des phénomènes inflammatoires aigus, on les combat en appliquant sur l'abdomen une *vessie de glace*, — soigneusemeut enveloppée d'une flanelle pour éviter le contact avec la peau et la formation d'escarre sur celle-ci. On emploie aussi les *applications chaudes* sur l'abdomen ; mais la glace vaut mieux dans les cas aigus.

Les *pointes de feu sur la paroi abdominale* sont employées utilement dans les cas chroniques et soulagent la douleur.

Lorsque la douleur est très vive, on ajoutera aux moyens précédents pour la combattre l'administration de *lavements laudanisés* (XX ou XXX gouttes de laudanum de Sydenham dans un lavement de 150 grammes, que la femme gardera, et qu'on pourra, s'il est besoin, répéter deux ou trois fois par vingt-quatre heures), ou l'application de suppositoires opiacés, belladonés.

La base du traitement médical des salpingo-ovarites, avec le repos, réside dans l'emploi des *irrigations vaginales et injections rectales très chaudes*. Peu importe, pour le liquide injecté dans le vagin, que l'on use de tel ou tel antiseptique, ou même que l'on n'use d'aucun et que l'on emploie la simple eau stérilisée ou bouillie. Sans doute, s'il y a en même temps de la vaginite, de la métrite, il est indiqué de chercher à désinfecter les voies génitales par l'usage des antiseptiques. Mais, en ce qui concerne le traitement des salpingo-ovarites elles-mêmes, seul envisagé ici, ce qui importe, ce n'est pas la nature du liquide des injections, c'est sa *température*. On prescrira donc des injections aussi chaudes que la malade peut les supporter. D'après M. Reclus, un thermomètre à demeure dans le bock doit marquer une température de 52 à 55° C., pour que l'eau qui baigne le vagin ait au moins 50°. On ne se contentera pas de la vulgaire injection vaginale de 2 litres, mais on fera des irrigations abondantes, prolongées, faisant passer 6, 8, 10 litres de liquide chaud. Ces grandes irrigations chaudes seront répétées au moins deux ou trois fois par vingt-quatre heures. Elles devront, bien entendu, être faites dans la position couchée, pour que le liquide chaud pénètre jusqu'au fond du vagin et baigne en quelque sorte les organes.

A ces irrigations vaginales on pourra substituer, et en tout cas on associera, les injections rectales, les *lavements*, également très chauds, vivement recommandés par Reclus. Leur température sera la même indiquée précédemment. Je ne saurais mieux faire que d'emprunter à M. Reclus la description de la technique de sa méthode. Le bock rempli du liquide, « la malade introduit la canule dans l'anus et ouvre le robinet, mais peu à peu, de façon à ce qu'une médiocre quantité de liquide pénètre dans l'ampoule rectale et pour que l'intestin ne se révolte pas. Si des contractions trop énergiques survenaient ou si la patiente éprouvait une sensation de plénitude trop accentuée, on arrêterait le lavement, car il faut conserver le lavement au moins une demi-heure. Dès que s'apaise la réaction intestinale, on recommence, toujours avec les plus grands ménagements, et l'on continue jusqu'à ce que la quantité d'eau introduite dans le rectum ne saurait être dépassée sans menace d'expulsion immédiate. Pendant cette demi-heure, la malade reste dans son lit, immobile. La chaleur trop vive qu'elle ressentait au niveau de l'anus s'apaise dès que la canule est retirée... Au bout d'une demi-heure, la malade se lève, rend son lavement et avec lui la garde-robe quotidienne ; la médication est terminée par une injection vaginale », après avoir changé de canule et avec de l'eau à la même température. « On recommence ainsi chaque matin, parfois chaque soir, et même une troisième fois au milieu du jour, jusqu'à l'apparition des règles, pendant lesquelles la suppression des lavements est de rigueur. » L'eau chaude qu'on accumule ainsi dans le rectum baigne la face postérieure, les bords, le fond de l'utérus, ainsi que ses annexes, et Reclus estime qu'on agit plus directement et plus sûrement sur ces organes par ces lavements chauds que par les irrigations vaginales, qui n'atteignent que le col : c'est à ce point qu'il disait, en 1909, avoir, depuis quinze ans, abandonné les grandes irrigations vaginales chaudes pour ce mode de traitement. Les grandes irrigations vaginales et les lavements chauds peuvent d'ailleurs parfaitement être associés.

Dans ces dernières années, M. Richelot qui, avec Reclus, est un de ceux qui ont particulièrement insisté sur les bienfaits de l'eau chaude en gynécologie, mais qui croit le traitement précédent assez délicat, assez minutieux, et souvent très imparfaitement appliqué par les malades, a préconisé le *traitement de Luxeuil*, comprenant à chaque séance une douche vaginale de 80 à 100 litres d'eau chaude, suivie d'une douche périgastrique et d'une douche générale. Mais ce traitement, qui nécessite une installation hydrothérapique *ad hoc* et ne peut être suivi que dans des établissements spéciaux,

n'est par là même accessible qu'à certaines catégories de malades et ne saurait mettre en échec les moyens de traitement pratique précédents, qui conviennent à la majorité des cas.

Les femmes atteintes de salpingo-ovarite doivent veiller à la régularité des garde-robes. La constipation favorise, en effet, la stase veineuse dans les organes du bassin et leur congestion. Pour l'éviter, la femme usera, si les lavements ne suffisent pas, de laxatifs ou de purgatifs non drastiques (purgatifs salins, huile de ricin, rhubarbe, etc.).

Les *tampons vaginaux* ou les *ovules* à la glycérine, qui provoquent l'exsudation d'une abondante quantité de liquide, une véritable saignée séreuse, peuvent être utilisés avec avantage dans les salpingo-ovarites chroniques. Les tampons ou ovules à l'ichtyol, au thigénol, sont aussi très recommandables, comme dans les métrites (p. 608).

Dans ces dernières années, l'emploi du *radium* a été appliqué au traitement des annexites chroniques : H. Chéron s'en est montré partisan enthousiaste et en a obtenu d'excellents résultats.

Enfin deux autres moyens de traitement peuvent rendre des services dans les cas chroniques : les *eaux minérales* et le *massage*.

Je ne m'étendrai pas sur la question très spéciale du *traitement hydrominéral*, sur ses diverses modalités (bains, douches) et sur les nombreuses stations où sont soignées les séquelles des inflammations périutérines. J'ai étudié dans un chapitre précédent le choix de la station (p. 466). Je me bornerai ici à rappeler, parmi les plus réputées, les eaux de Luxeuil, résolutives, sédatives et décongestionnantes, et qui conviennent plus particulièrement aux cas où existe une tendance congestive et hémorragique, tandis que les eaux chlorurées sodiques, comme Salies-de-Béarn, Salins-du-Jura, Bex, sont résolutives, mais excitantes, conviennent aux cas torpides et sont contre-indiquées lorsqu'il y a tendance aux hémorragies.

Le *massage* ne doit pas être employé dans les annexites aiguës ou subaiguës, ni dans celles formant tumeur et où l'on peut soupçonner l'existence d'une suppuration. On ne l'emploiera que dans de vieilles salpingites parenchymateuses chroniques ne formant pas de véritable tumeur, surtout dans le cas de vieilles adhérences péri-annexielles et périmétritiques fixant les annexes et l'utérus, celui-ci le plus souvent en rétroversion ; en somme, exclusivement dans des cas où le processus inflammatoire est éteint.

Le traitement médical doit être, en principe, seul appliqué dans les *annexites aiguës*, ainsi que dans les *poussées aiguës* au cours des

salpingo-ovarites chroniques. Ce n'est qu'exceptionnellement, si l'on a la main forcée par un accident immédiat, tel qu'une rupture de pyosalpinx dans le ventre, ou par une aggravation évidente et progressive des accidents, qu'on aura recours de suite au traitement chirurgical.

Certes le traitement chirurgical a parfois à intervenir à la suite des salpingo-ovarites aiguës, lorsque l'affection ayant passé à l'état chronique détermine des troubles persistants qui ne cèdent pas au traitement médical. Mais, dans leur phase aiguë, c'est le traitement médical qu'on doit leur opposer : d'abord parce que les opérations chirurgicales sont beaucoup plus dangereuses lors des accidents aigus, en raison des risques de contamination du péritoine par les lésions infectieuses ou par le pus, qui sont alors en pleine période de virulence; il vaut donc mieux attendre, pour opérer, que les lésions soient refroidies, car alors leur virulence a diminué ou disparu. D'autre part, le traitement médical est souvent suffisant, et l'on est parfois surpris de voir comme certaines tuméfactions volumineuses des annexes diminuent considérablement et rapidement sous son influence, de sorte que le traitement chirurgical, qu'on aurait pu croire devoir être inévitable dans la suite, devient inutile, ou qu'il n'a plus à s'attaquer qu'à une lésion très réduite de volume, qui s'est limitée et localisée, après disparition de la plus grande partie des lésions primitives, des infiltrations œdémateuses et des empâtements inflammatoires plus ou moins diffus; l'opération s'en trouvera alors plus facile, plus économique, en même temps que moins dangereuse.

Dans les *salpingo-ovarites chroniques*, le traitement médical devra aussi être essayé d'abord, et ce n'est qu'après échec de ce traitement loyalement appliqué et suffisamment prolongé qu'on se décidera, s'il y a lieu, au traitement chirurgical.

II. — Traitement chirurgical des salpingo-ovarites.

Le traitement chirurgical, dans les salpingo-ovarites, ne doit être, en règle générale, mis en œuvre, comme nous venons de le voir, qu'après essai infructueux du traitement médical convenablement appliqué et suffisamment prolongé. Et, dans les cas aigus, on doit, à moins d'indication pressante, attendre pour opérer que la lésion soit *refroidie*, que la fièvre soit tombée depuis quelque temps.

Ces points, sur lesquels j'ai suffisamment insisté dans le paragraphe précédent, étant bien établis, voyons en quoi consiste le traitement chirurgical. Celui-ci comprend diverses opérations, dont

le choix dans chaque cas particulier doit dépendre de l'examen de différents éléments : degré de la lésion, son siège en telle ou telle partie des annexes, sa situation plus ou moins élevée, son unilatéralité ou sa bilatéralité, son degré d'acuité et de virulence probable.

Je ne signalerai ici que pour les rejeter les modes de traitement visant à guérir les salpingites par une intervention portant sur la cavité utérine : *la dilatation et le drainage prolongé de l'utérus*, préconisés par Walton, puis employés par Poullet, Doléris, Le Dentu, Labadie-Lagrave, et le *curettage utérin*.

Que la *dilatation à la laminaire et le drainage de la cavité utérine* puissent, comme on l'a pensé, amener, par un ramollissement du tissu utérin et par une dilatation indirecte de l'*ostium uterinum*, l'évacuation du contenu de collections salpingiennes, c'est très contesté, et il est probable, comme Doléris lui-même l'a supposé plus tard, que, dans les cas où l'on a vu par ce traitement s'évanouir des tumeurs considérées comme des collections intratubaires, il s'agissait en réalité d'enkystements péritonitiques secondaires, de périsalpingite séreuse, qui aurait pu guérir en dehors de cette dilatation par le traitement médical ordinaire. La dilatation et le drainage utérins, dans le traitement des salpingites chroniques, ne sauraient être considérés comme un traitement établi sur des bases incontestables et ne se sont pas répandus dans la pratique courante.

Quant au *curettage*, qu'il soit à la rigueur acceptable pour traiter, s'il y a lieu, une métrite prédominant dans le tableau clinique, même si la trompe est perçue comme un cordon un peu augmenté de volume, mais sans accidents inflammatoires aigus, sans grosses lésions et sans suppuration, c'est peut-être défendable. Mais il faut reconnaître qu'il doit être franchement rejeté comme moyen de traitement des annexites, et surtout ne pas être employé dans les poussées inflammatoires annexielles aiguës ou subaiguës, ni dans les cas où il existe une collection purulente ou lorsqu'on soupçonne la possibilité d'une suppuration. Il peut, en effet, réveiller ou exagérer des poussées plus ou moins aiguës, aggraver les lésions annexielles, peut-être amener la rupture d'un pyosalpinx. Bref il présente trop d'inconvénients pour des avantages très problématiques.

Le traitement chirurgical des annexites comprend les opérations suivantes :

Dans le cas de lésions limitées à l'ovaire et peu étendues, de manière à ne pas nécessiter le sacrifice complet de l'ovaire malade (certains cas d'ovarite scléro-kystique), divers chirurgiens ont proposé et pratiqué l'*ignipuncture et la résection partielle de l'ovaire*. Diverses opérations conservatrices (*salpingostomie*, *salpingor-*

raphie) ont également été appliquées aux salpingites légères.

Lorsque l'inflammation annexielle aboutit à la formation d'une collection suppurée située dans le cul-de-sac de Douglas, la *colpotomie postérieure* ou incision du cul-de-sac postérieur du vagin permet de l'ouvrir et de la drainer.

Mais, dans la majorité des cas d'annexites, on ne peut, en raison de la situation des lésions ou de leur gravité, recourir à ces opérations conservatrices ou s'en contenter, et l'on doit pratiquer l'ablation des annexes malades, avec ou sans l'utérus suivant les circonstances.

En cas de lésion unilatérale, on recourt à l'ablation de la lésion sans enlever l'utérus : suivant l'état des organes, on pratique tantôt l'ablation de l'ovaire seul *(castration ovarienne)* ou de la trompe seule *(salpingectomie)*, tantôt (et c'est le cas habituel) l'ablation à la fois de la trompe et de l'ovaire *(salpingo-oophorectomie)*. Bien que quelques chirurgiens aient pratiqué cette ablation par voie vaginale *(salpingectomie vaginale)*, c'est par voie abdominale qu'on intervient presque toujours *(salpingectomie abdominale)*.

Lorsque les annexes sont malades des deux côtés et que leur ablation doit être bilatérale, on s'accorde généralement aujourd'hui à enlever l'utérus en même temps qu'elles : on pratique soit l'*hystérectomie vaginale*, qui a aujourd'hui perdu beaucoup de terrain et qui est maintenant surtout réservée aux cas où l'on doit opérer alors qu'il y a des phénomènes aigus ou fébriles et que la lésion est encore virulente, soit l'*hystérectomie abdominale*, généralement adoptée en dehors de ces cas.

Étudions une à une ces diverses opérations.

Opérations conservatrices sur la trompe et sur l'ovaire. — On a proposé et pratiqué diverses OPÉRATIONS CONSERVATRICES dans le cas de lésions légères de la trompe ou de l'ovaire, ne paraissant pas suffisantes à motiver leur ablation. Ces opérations conservatrices ne sont pas très fréquemment appliquées; en outre, on ne les pratique guère, en général, de propos délibéré, en vertu d'une décision arrêtée avant l'acte opératoire lui-même.

C'est que les troubles provoqués par les lésions légères des trompes ou des ovaires peuvent généralement guérir par le traitement médical, ou ne sont pas assez marqués pour paraître nécessiter une opération. Les opérations conservatrices dont nous allons parler trouvent donc surtout leur application d'une façon fortuite, au cours de la laparotomie, lorsque, les troubles présentés par la malade ayant décidé à une intervention, on ne constate pas, le ventre

ouvert, de lésions des annexes assez sérieuses pour justifier leur ablation, et qu'on ne trouve que des lésions légères aux conséquences desquelles on pense par l'une de ces opérations conservatrices pouvoir suffisamment remédier.

Je ne ferai que citer, — parce qu'on en parle dans les livres, — l'*expression de la trompe*, proposée par Polk et consistant à exprimer le contenu muco-purulent de celle-ci et à l'étancher, et le *cathétérisme de la trompe*, proposé par Munde. Si les lésions de la trompe sont assez légères pour que son expression puisse suffire, on peut se demander, avec J.-L. Faure, si une intervention chirurgicale était bien indiquée.

Dans certains cas, on peut, comme l'ont préconisé Hadra, Polk, se contenter, après laparotomie, de la *rupture des adhérences* périannexielles, sans enlever les annexes, si celles-ci paraissent à peu près saines.

Lorsque la trompe, sans être très altérée, a son extrémité péritonéale oblitérée, certains chirurgiens, à l'exemple de Martin, ont pratiqué la *salpingostomie*, consistant à faire une ouverture à la trompe, en en réséquant au besoin un fragment, et à réunir la muqueuse et la séreuse autour de l'orifice artificiel ainsi créé. Cette opération, en rétablissant la perméabilité de la trompe, peut rendre à la femme la possibilité de devenir enceinte.

On a quelquefois, notamment M. Pozzi, pratiqué la *salpingorraphie*, c'est-à-dire une fixation de la trompe dans des conditions qui favorisent la grossesse : par exemple, si une trompe saine ou peu altérée est retenue loin de l'ovaire par des adhérences, on détache celles-ci et on fixe son pavillon sur l'ovaire par un ou plusieurs points de suture. De même, si l'état des organes amène à faire l'ablation d'un ovaire et de la trompe du côté opposé, on peut ramener la trompe laissée dans l'abdomen vers l'ovaire conservé et, par un point de suture, fixer son pavillon dans sa direction, pour favoriser la fécondation.

Mais la principale des opérations conservatrices sur les annexes consiste dans l'*ignipuncture* et la *résection partielle de l'ovaire*. Lorsque, dans l'ovarite scléro-kystique, à côté d'une partie kystique existe une portion d'ovaire paraissant saine, Martin à l'étranger, Pozzi en France, et bien d'autres, ont maintes fois pratiqué l'excision en coin de la partie de l'ovaire kystique, suivie de la suture au catgut de la tranche de section (fig. 292). Dans les cas d'ovarite diffuse œdémateuse ou de dégénérescence micro-kystique, Pozzi a préconisé l'*ignipuncture de l'ovaire*, qui consiste à enfoncer la pointe du thermocautère dans les petits kystes et à cautériser leur sur-

face interne. En laissant, grâce à ces opérations, tout ou partie de l'ovaire, on a permis à certaines femmes de devenir enceintes dans la suite. Mais ce n'est pas le seul avantage que visent les chirurgiens qui font ces opérations conservatrices sur l'ovaire : aujourd'hui qu'on connaît les troubles consécutifs à l'ablation bilatérale et complète des ovaires, et qui sont attribués pour une bonne part à la privation de la sécrétion interne de ces organes (Voy. p. 494), la plupart des chirurgiens considèrent comme indiqué de laisser aux femmes leurs ovaires lorsque la chose est possible.

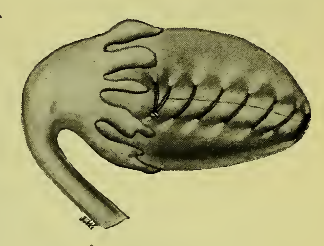


Fig. 292. — Résection partielle de l'ovaire : suture des bords du coin réséqué (d'après Pozzi).

Colpotomie. — La colpotomie, dont l'emploi dans le traitement des suppurations annexielles s'est répandu sous l'influence de Laroyenne, bientôt suivi par Goullioud, Bouilly, Chaput, consiste dans l'incision du vagin, pour aborder les collections purulentes, les ouvrir et les drainer. Comme les annexes, surtout lorsque atteintes par l'inflammation elles forment des tumeurs renfermant du pus, sont presque toujours situées sur un plan postérieur à l'utérus, souvent franchement derrière lui, occupant alors le cul-de-sac de Douglas, c'est la *colpotomie postérieure*, c'est-à-dire l'incision du cul-de-sac postérieur, qu'on pratique.

Technique. — La patiente étant en position gynécologique, membres inférieurs fléchis et écartés, le périnée, la vulve, la racine des cuisses ayant été nettoyés ainsi que le vagin, et le col étant découvert grâce à une valve mise dans le vagin, on saisit solidement sa lèvre postérieure avec une pince de Museux. Avec cette pince on attire le col et on le porte en même temps fortement en avant vers le pubis (fig. 293), tandis qu'on déprime la paroi postérieure du vagin avec une valve courte, tenue par un aide, de manière à bien présenter le cul-de-sac postérieur. Avec un bistouri, on incise alors transversalement la muqueuse vaginale sur une longueur de 3 centimètres environ, derrière le col et juste contre celui-ci. Beaucoup de chirurgiens préfèrent, pour cette incision, employer les ciseaux (fig. 293). Mais personne ne se sert plus du trocart de Laroyenne, avec lequel on agissait trop à l'aveugle, et c'est toujours à une incision qu'on devra avoir recours.

Dans les cas où la collection purulente à ouvrir descend jusqu'au fond du Douglas, bombant dans le vagin, il peut arriver qu'à peine

la paroi vaginale incisée on voit apparaître du pus. Il n'y a plus, dès lors, qu'à agrandir l'issue donnée à celui-ci, en introduisant dans l'orifice par où il sort soit un doigt qui cherche à débrider à droite

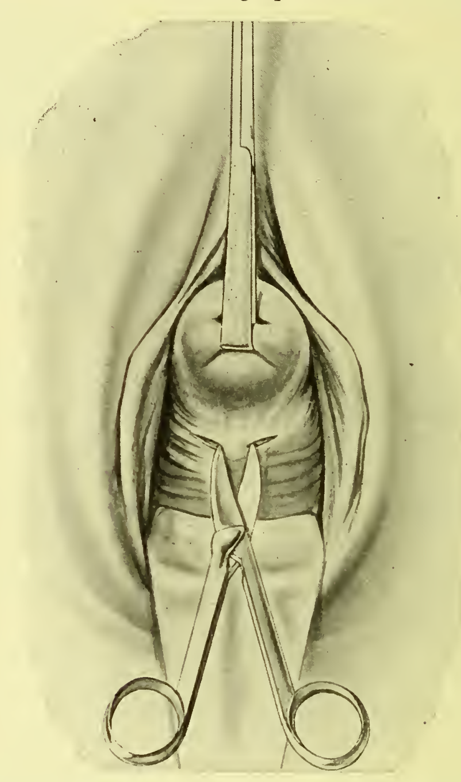


Fig. 293. — Colpotomie postérieure : le col, dont la lèvre postérieure a été saisie par une pince de Museux, est porté fortement en avant ; on incise transversalement aux ciseaux la muqueuse vaginale du cul-de-sac postérieur, juste derrière le col, à son contact (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

et à gauche, soit une pince introduite fermée et dont on écarte les mors.

Mais, lorsque la collection est moins bas située, l'ouverture ne se fait pas ainsi du premier coup. Il faut alors, une fois la paroi vaginale incisée, retirer la valve et introduire dans la brèche l'index (fig. 294), qui cherche à pénétrer plus profondément en dilacérant les tissus, en ayant soin de toujours se tenir directement appliqué contre la face postérieure de l'utérus.

Dans les salpingo-ovarites, le doigt n'arrive pas toujours immédiatement, après incision du vagin, à pénétrer dans une cavité, car le cul-de-sac de Douglas est souvent oblitéré par des adhérences séreuses que le doigt a à décoller et au milieu desquelles il doit se frayer un chemin jusqu'à la collection annexielle.

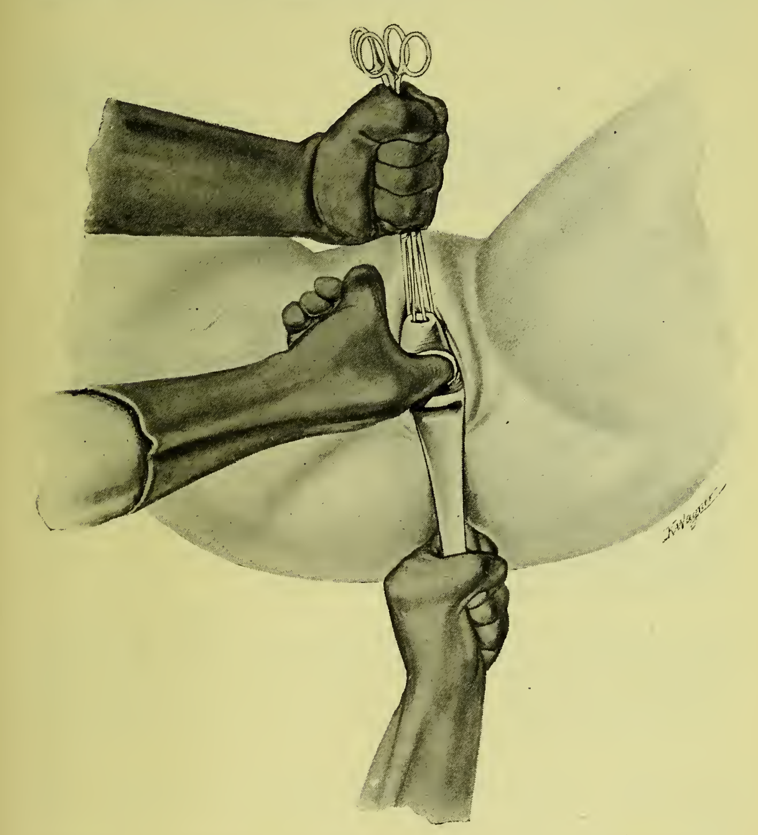


Fig. 294. — Colpotomie postérieure : la paroi vaginale incisée, le doigt est introduit dans la brèche pour décoller les tissus et effondrer la collection.

On peut encore faire de petits débridements avec le bout des ciseaux, tenus appliqués immédiatement derrière et contre l'utérus. Mais le doigt est préférable à l'instrument tranchant ; il ne risque pas autant d'être dangereux, et il est moins aveugle : le doigt sent la collection qu'il s'agit d'ouvrir, ce qui lui permet de se diriger ; à cet effet, la main libre de l'opérateur doit, à travers la paroi abdo-

minale recouverte d'une compresse stérilisée, fixer et abaisser la tumeur annexielle vers le doigt qui cherche à l'atteindre. Finalement, celui-ci crève la poche et agrandit l'ouverture en dilacérant à droite et à gauche. Si le doigt éprouve des difficultés pour crever la poche, on peut s'aider, au besoin, d'une pince mousse courbe introduite fermée (fig. 295) et dont on écarte ensuite les mors. Il est

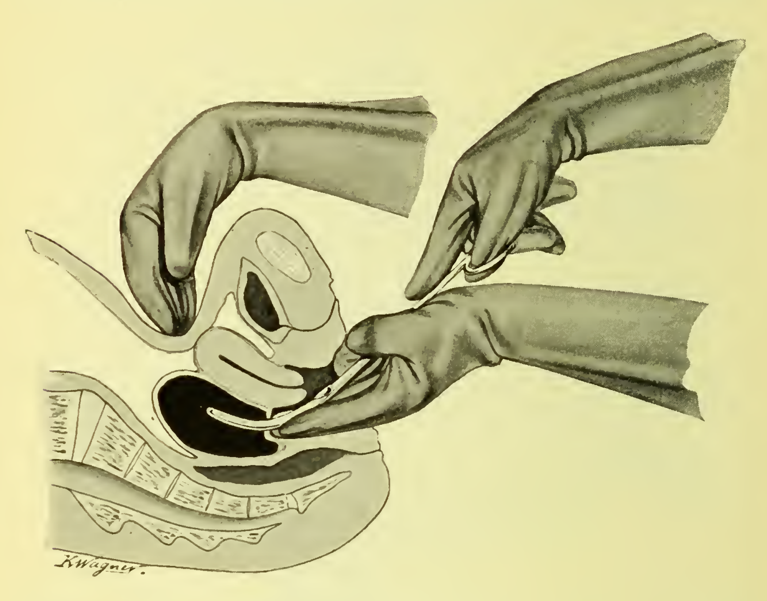


Fig. 295. — Colpotomie postérieure : après incision de la paroi vaginale, on s'aide, pour effondrer la poche à ouvrir, d'une pince courbe fermée glissée par la main droite sur les doigts de la main gauche servant de guides. Lorsque l'extrémité de la pince est en bonne place, la main gauche va saisir l'instrument pour effondrer la collection par pression, tandis que la main droite, ayant lâché les anneaux, se sera portée sur la paroi abdominale pour maintenir et fixer la collection.

bien entendu que, s'il existe d'autres poches, on les ouvre à leur tour.

Il arrive quelquefois qu'aussitôt le vagin incisé il s'écoule un liquide séreux ou séro-purulent contenu dans le Douglas et dû à une pelvipéritonite causée par la lésion annexielle ; il faut, par l'exploration bimanuelle, rechercher la collection annexielle, plus haut située, et l'ouvrir elle aussi.

On draine alors largement la cavité suppurée en y introduisant un gros tube de caoutchouc en T ou en croix, dont on aura soin que les branches latérales soient percées de trous pour assurer une évacuation

facile de la suppuration. On coupe le drain au ras de la vulve.

Il faut continuer le drainage aussi longtemps que la suppuration ne se tarit pas. Et l'on ne se pressera pas trop, — surtout si le drain a dû être introduit profondément et avec des difficultés, — de l'enlever, même pour le nettoyer et le renouveler, car on pourrait éprouver de la difficulté à le remettre en place. On fera les jours suivants par le drain, suivant le besoin, des lavages quotidiens sans pression avec de la liqueur de Labarraque à 30 p. 1 000, ou de l'eau oxygénée coupée de quantité égale d'eau stérilisée.

L'accident qui peut survenir le plus facilement dans la colpotomie est la *blessure du rectum*. Pour l'éviter, il faut s'attacher à inciser et à se frayer une voie en suivant très étroitement la face postérieure de l'utérus, sans s'en écarter.

Pour éviter de blesser latéralement de gros vaisseaux du bord de l'utérus ou l'uretère, on fera une incision du vagin toujours franchement postérieure et non latérale, même si la collection visée est quelque peu déjetée latéralement, et on ne se servira pas d'instrument tranchant, bistouri ou ciseaux, pour agrandir l'incision à ses extrémités, vers les côtés.

Indications. — La colpotomie convient aux *collections suppurées annexielles ou périannexielles bas situées, dans le cul-de-sac de Douglas*, bombant dans le vagin ou du moins facilement accessibles par cette voie, et *plus spécialement aux suppurations aiguës ou récentes*. Elle suffit souvent à amener la guérison. Dans les salpingo-ovarites chroniques, déjà anciennes, où l'évacuation du pus peut ne pas suffire parce qu'il y a, en outre, dans le tissu même des organes malades des lésions invétérées que la colpotomie ne guérit pas, cette opération donne des résultats plus incertains, et il peut être nécessaire dans la suite de faire une opération complémentaire, l'*ablation* des organes malades.

Ablation des annexes. — Dans la grande majorité des cas de salpingo-ovarite où l'intervention chirurgicale s'impose, ni les opérations conservatrices dont j'ai parlé précédemment, ni la colpotomie, qui est, elle aussi, une opération conservatrice, ne sont applicables ou ne seraient suffisantes, et l'on doit pratiquer l'extirpation des annexes malades. Pour cela, deux voies s'offrent à l'opérateur : *voie vaginale* et *voie abdominale*.

Salpingectomie vaginale. — Cette opération, préconisée d'abord par Gaillard Thomas, Byford, puis pratiquée, en France, par Péan, Bouilly, Terrillon, Picqué, s'exécute comme il suit : on fait une incision transversale du cul-de-sac postérieur du vagin (colpotomie postérieure) ; puis les doigts vont à la recherche des annexes, qui

après libération de leurs adhérences, s'il y en a, sont amenées au dehors. Une ou deux pinces-clamps sont placées sur leur pédicule qui est sectionné. On bourre la plaie avec une mèche de gaze. On retire la pince au bout de quarante-huit heures, et la mèche le cinquième ou le sixième jour.

Dührssen, MM. Le Dentu et Pichevin ont pratiqué la salpingectomie vaginale en incisant non plus le cul-de-sac postérieur, mais la paroi vaginale antérieure (*cœliotomie vaginale antérieure*). Malgré les avantages qu'on a pu invoquer à l'appui de cette manière de faire, cette méthode, qui peut exposer à blesser la vessie ou les uretères, et qui surtout a l'inconvénient de recourir à une voie moins directe pour aborder les lésions annexielles, qui sont presque toujours dans une situation postérieure à l'utérus, ne paraît pas devoir être préférée à la voie postérieure, et, d'ailleurs, elle ne semble guère être restée dans la pratique : aussi ne décrirai-je pas les procédés de ces auteurs.

La salpingectomie vaginale par incision du cul-de-sac postérieur ne me paraît, elle-même, que très rarement indiquée. Que dans des cas où existent « d'un seul côté des annexes douloureuses, mobiles, prolabées dans le cul-de-sac postérieur, où il est facile de les sentir, l'extirpation par la voie vaginale paraisse parfaitement acceptable et puisse même, si l'on est bien sûr de la mobilité de la tumeur, être considérée comme l'opération de choix », je l'admets parfaitement, avec M. J.-L. Faure. Malheureusement, il est souvent difficile, dans les salpingo-ovarites, de préciser cliniquement le degré des lésions, des adhérences en particulier. Or, je pense, avec Bouilly, au sujet de la salpingectomie vaginale, que « pour qu'elle soit indiquée, elle doit être facile ». Pour peu que l'opération présente quelques difficultés, que les annexes soient un peu élevées et difficiles à atteindre et à abaisser, qu'il y ait des adhérences un peu résistantes, surtout avec l'intestin, la salpingectomie vaginale, qui ne permet alors que de sentir ce qu'on fait avec les doigts, mais non de voir avec les yeux, qui est par conséquent quelque peu aveugle et risque, en cas de difficulté, de devenir dangereuse, est très inférieure à la salpingectomie abdominale, dans laquelle, avec l'outillage et la technique aujourd'hui adoptés, on a toujours un champ opératoire largement exposé, où l'on peut manœuvrer bien plus à l'aise et en y voyant clair, donc avec moins de danger.

Salpingectomie abdominale. — L'extirpation des salpingo-ovarites, inaugurée par Lawson Tait, puis vulgarisée, en France, par Terrillon, Terrier, Bouilly, Pozzi, se répandit à ce point et d'une façon tellement excessive qu'on peut dire qu'il n'y a peut-être pas

d'opération dont on ait davantage abusé. Que de chirurgiens, il y a une quinzaine d'années, lorsqu'ils constataient une salpingo-ovarite un peu accentuée, déclaraient immédiatement, de la meilleure foi du monde, que ces lésions ne pourraient guérir sans opération, et proposaient d'emblée et souvent pratiquaient de même cette opération ! Aujourd'hui, on sait mieux que souvent des lésions même volumineuses des annexes peuvent, spontanément ou par le seul traitement médical, guérir entièrement ou rétrocéder dans des proportions telles que l'opération devient inutile ou qu'elle nécessitera de moindres sacrifices. Il ne faut donc pas se hâter d'intervenir. Mais c'est un point sur lequel j'ai déjà suffisamment attiré l'attention en parlant du traitement médical, pour que je n'aie plus besoin d'y insister.

Soins préparatoires. — Ils sont, avant la salpingectomie abdominale, les mêmes qu'avant les autres laparotomies gynécologiques (Voy. p. 442).

Technique. — Mettez la patiente en *position inclinée de Trendelenburg* (fig. 193), à 45° environ sur l'horizontale.

Incisez la paroi abdominale, en pinçant à mesure et liant au catgut, s'il y a lieu, les quelques vaisseaux qui pourraient donner du sang.

Les maîtres de la gynécologie, il y a quelque quinze ans, faisaient, pour opérer les salpingites, une *petite incision* à la paroi abdominale. Nous les voyions souvent alors, par une incision de quelques centimètres, enfoncer deux ou trois doigts dans la cavité péritonéale, et avec ces doigts, sans même regarder dans l'abdomen, sans s'aider de la vue, uniquement en se guidant par leur toucher, reconnaître les annexes, les séparer si elles adhéraient au voisinage et finalement les amener au dehors, où il ne restait plus qu'à sectionner leur pédicule après ligature. Disons qu'à cette époque, où l'on n'était pas encore arrivé dans la pratique de l'antisepsie et de l'asepsie à la même rigueur qu'aujourd'hui, où l'outillage et la technique étaient moins perfectionnés, cette manière de faire pouvait peut-être se défendre mieux qu'aujourd'hui, d'autant que l'habileté opératoire, l'expérience de ces chirurgiens en diminuaient les inconvénients : en ne faisant qu'une petite incision, immédiatement bouchée, pour ainsi dire, par les doigts qui y trouvaient juste la place pour passer et pour manœuvrer, on se mettait mieux à l'abri d'une sortie de l'intestin, qui se produisait si facilement avant qu'on fît usage du plan incliné, et qui était si gênante en même temps qu'elle augmentait les risques de souillure péritonéale. Mais il faut reconnaître que cette façon de procéder, pour peu que les annexes soient adhérentes

et difficiles à isoler, présente quelque chose d'aveugle et d'un peu brutal et expose à déchirer les collections purulentes et à souiller, par conséquent, gravement la séreuse. A l'heure actuelle, avec le plan incliné et les larges valves, cette manière de faire n'est donc plus défendable : il faut y voir, y bien voir, et, pour cela, faire une incision suffisante, de 10 ou 12 centimètres au minimum.

Jusqu'à ces dernières années, tout le monde pratiquait l'incision sous-ombilicale *médiane*. Aujourd'hui, en particulier dans les laparotomies pour annexites, il est recommandable d'employer l'*incision de Pfannenstiel* (p. 447, et fig. 194, 195 et 196), qui offre les meilleures garanties pour la solidité ultérieure de la paroi abdominale et pour prévenir les éventrations.

Le péritoine pariétal étant ouvert, ses bords étant repérés par quelques pinces de Kocher qu'on rabat sur la paroi abdominale, glissez immédiatement sous cette paroi, à droite, à gauche, en haut, de longues compresses stérilisées dont vous laisserez sortir une longueur suffisante à l'extérieur, et avec lesquelles vous chercherez à protéger la masse intestinale et à la maintenir écartée aussi complètement que possible du champ opératoire. Placez alors sur les lèvres de votre incision abdominale une large valve qui va exposer largement à la vue les organes contenus dans le bassin.

Il existe des modèles de ces valves abdominales nombreux et perfectionnés. On employa d'abord la large valve sus-pubienne de Doyen, qu'on plaçait sur la partie inférieure de l'incision, à cheval sur son angle inférieur, de manière à écarter largement ses deux lèvres, et dont on faisait tenir le manche par un aide spécial. Aujourd'hui on se sert de valves (généralement doubles ou triples) qui, une fois appliquées, tiennent d'elles-mêmes en place. Citons la valve abdomino-vaginale de Monprofit, composée d'une valve abdominale et d'une seconde valve qui s'adapte à la précédente et qui est introduite dans le vagin; la valve de Doyen avec point d'appui interfémoral; la valve de Collin (fig. 296); l'écarteur automatique de Gosset.

La pose des valves découvre largement au regard le champ opératoire pelvien. Glissez derrière l'utérus, aussi profondément que vous pouvez vers le cul-de-sac de Douglas, et de même à droite et à gauche, de longues compresses destinées à isoler complètement l'intestin de ce champ opératoire pelvien.

L'acte opératoire principal, c'est-à-dire l'extirpation des annexes, se présente alors dans des conditions fort différentes suivant que celles-ci sont libres ou adhérentes. Envisageons successivement ces deux cas.

1° Les annexes sont libres ou ne présentent que quelques adhérences insignifiantes, décollées immédiatement sans peine. Leur extirpation est alors une opération très simple.

Il y a quinze ans, on se contentait de faire une *ligature en masse* du pédicule (représenté par le ligament large) de la masse annexielle à enlever, puis de le sectionner au-dessus de cette ligature. A cet effet, on transfixait le ligament large au-dessous de la masse à extirper (c'est-à-dire au-dessous de la trompe et au-dessous de l'ovaire, si on faisait une ablation complète), avec une aiguille

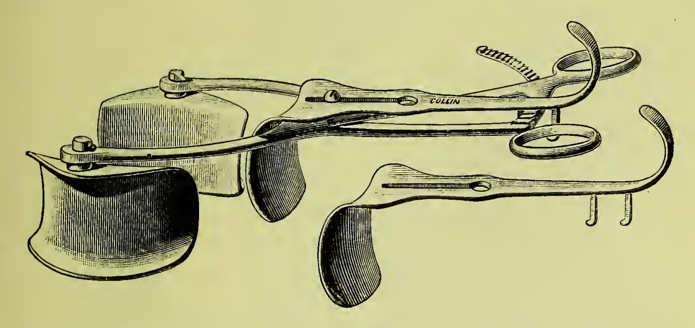


Fig. 296. — Écarteur abdominal de Collin, à trois valves, se démontant.

(mousse de préférence) avec laquelle on faisait passer un fil de soie plié en double ; l'anse du fil était sectionnée ; on en croisait alors les deux moitiés, et chacune servait à lier respectivement une moitié du pédicule, l'une en passant en dehors et au-dessous du pavillon tubaire et de l'ovaire, l'autre en dedans étreignant la partie la plus interne de la trompe. On sectionnait alors au-dessus de la ligature, et l'on touchait au thermocautère le moignon de la trompe.

Cette ligature en masse des annexes parut n'être pas sans inconvénient. Le rassemblement des tissus en masse occasionnait parfois des tiraillements douloureux. Une ligature faite dans de telles conditions nécessitait l'emploi d'un fil de soie, c'est-à-dire non résorbable, qui facilement s'infectait au contact du pus ou des lésions plus ou moins septiques des annexes, ou même ultérieurement à l'occasion d'une infection générale, et qui donnait lieu assez souvent à des suppurations, des fistules de la paroi abdominale, ne guérissant parfois qu'après des semaines ou des mois, lorsque le fil s'était éliminé.

Aussi tout le monde aujourd'hui a adopté une technique introduite en France par M. Pierre Delbet et imitée des chirurgiens amé-

ricains, qui consiste dans la suppression de la ligature en masse, dans la section du ligament large au-dessous des annexes sans ligature préalable, en pinçant seulement les divers vaisseaux à mesure qu'on les rencontre, et dans la ligature ultérieure et isolée de chacun de ces vaisseaux ou groupes vasculaires.

Procédez donc de la manière suivante. Sur le bord supéro-externe du ligament large, en dehors du pavillon de la trompe et de l'ovaire, là où les vaisseaux dits utéro-ovariens (ou spermatiques internes) abordent le ligament large, placez deux pinces de Kocher, et coupez entre ces deux pinces le pédicule vasculaire utéro-ovarien. Continuez à couper aux ciseaux le ligament large de dehors en dedans, au-dessous de la trompe et de l'ovaire que vous voulez enlever et que soulève votre main gauche. Lorsque vous êtes arrivé près de la corne utérine, placez deux pinces de Kocher sur l'extrémité interne de la trompe et la partie sous-jacente du ligament large qui renferme la terminaison de l'artère utérine. Coupez entre les deux pinces : les annexes sont libérées. Touchez avec la pointe du thermocautère le moignon de la trompe. Procédez maintenant aux ligatures vasculaires : avec un fil de catgut (n° 2), liez le pédicule utéro-ovarien ; liez de même au catgut le moignon de la trompe avec les vaisseaux utérins.

Si les lésions de la trompe sont telles que vous vouliez enlever celle-ci jusqu'au ras de la corne utérine, bien entendu la chose est possible, en pinçant l'artère utérine au moment où on la sectionne, et en coupant la trompe au ras de la corne utérine et en taillant même, au besoin, un coin dans cette corne dont on fermera ensuite la brèche avec des points de catgut.

Lorsque l'opération a été ainsi menée, il reste alors une plaie du ligament large, répondant à sa section.

Il vous reste à *péritoniser*, c'est-à-dire à faire disparaître cette surface cruentée en la recouvrant de séreuse. Pour cela, faites un surjet au catgut qui réunisse les deux lèvres séreuses, en prenant soin, aux deux extrémités, d'enfouir sous votre surjet séreux, d'une part le pédicule vasculaire utéro-ovarien lié, d'autre part le moignon de la trompe. Pour faire ce surjet, on peut se servir d'une aiguille de Reverdin courbe ordinaire ; mais l'aiguille à pédale (Voy. fig. 197), plus commode, est préférable.

Après avoir une dernière fois asséché avec une compresse la cavité pelvienne et avoir jeté un dernier coup d'œil pour vérifier que rien ne saigne, que rien ne suinte, il ne reste plus, pour terminer l'opération, qu'à enlever les valves et à suturer la paroi abdominale, ordinairement sans drainage dans ces cas d'extirpations simples et sans complication.

Pour fermer la paroi abdominale, faites un premier surjet au catgut pour réunir le péritoine pariétal, un second surjet ou des points séparés au catgut sur le plan musculo-aponévrotique; enfin réunissez les téguments avec des crins de Florence ou des agrafes de Michel

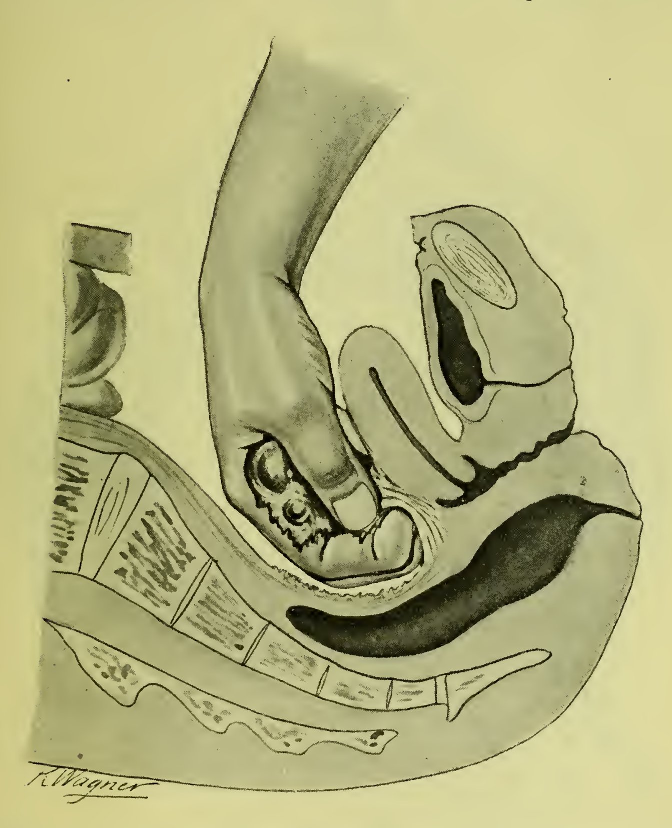


Fig. 297. — Salpingectomie abdominale : manière dont les doigts, dans les cas d'adhérences modérées, s'insinuent au-dessous des annexes pour les décoller et les libérer de leurs adhérences.

(Voy. p. 455 et fig. 198, 199 et 200). Si vous avez fait l'incision de Pfannenstiel, vous aurez à faire, après le surjet au catgut sur les muscles droits, une nouvelle ligne de points de suture transversale pour réunir l'aponévrose.

2° Les annexes sont adhérentes. — L'opération présente alors des difficultés très variables, — qui peuvent être considérables, —

suivant l'étendue des adhérences et surtout leur solidité, leur résistance.

Il faut libérer les annexes, les séparer des organes voisins auxquels

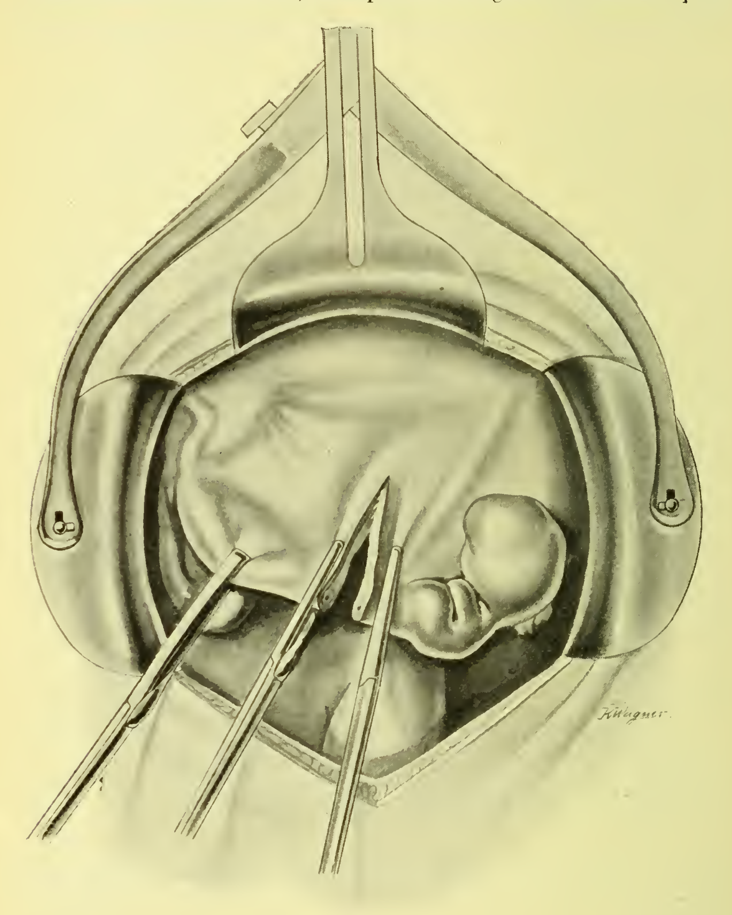


Fig. 298. — Salpingectomie abdominale (procédé de J.-L. Faure).
La trompe est sectionnée entre deux pinces à son extrémité interne, près de la corne utérine.

elles adhèrent, épiploon, intestin, péritoine pariétal, vessie, et c'est cette libération qui est le temps difficile de l'opération... et dangereux. On a à éviter un double écueil : d'une part, rompre les collections purulentes plus ou moins septiques que contiennent la trompe

ou l'ovaire et dont la déchirure entraîne une effusion de pus et une souillure du champ opératoire; d'autre part, déchirer en détachant les adhérences un organe important, le plus souvent l'intestin (anses intestinales ou rectum).

Pour se mettre à l'abri d'une effusion du pus en cas de déchirure des annexes, on recourt parfois, en cas de suppuration collectée en une poche d'un certain volume, à l'évacuation préalable de cette poche, avant tout travail de séparation des annexes, par ponction et aspiration au moyen d'un appareil dans lequel on a fait le vide (aspirateur Potain). Mais, d'autre part, la tension de l'organe, lorsqu'il n'est pas vidé, peut rendre plus aisé le détachement des adhérences, et, si les parois de la collection sont résistantes, il y aurait donc avantage, à ce point de vue, à conserver l'organe intact. On ne peut, en somme, formuler de règle absolue, applicable à tous les cas : c'est ici affaire de tact, de discernement et d'expérience clinique.

Les adhérences doivent être dissociées avec le doigt, seul ou revêtu d'une compresse, à petits coups, prudemment, en regardant toujours ce que l'on fait. On évitera les ciseaux, qui sont toujours plus dangereux et exposent davantage aux lésions qu'on désire éviter.

Les adhérences à l'épiploon, si elles sont légères, seront simplement décollées ; si elles sont fortes, on coupera le fragment d'épiploon adhérent aux ciseaux, au-dessous d'une ligature au catgut, simple ou croisée, suivant l'étendue du fragment à lier, ou même d'une ligature en chaîne si c'était nécessaire, ce qui serait tout à fait exceptionnel.

En détachant les adhérences aux anses intestinales ou au rectum, si l'on s'aperçoit qu'on a lésé la paroi intestinale, il faut immédiatement réparer la lésion par des points de suture à la Lembert. Il ne faut pas entreprendre une laparotomie pour salpingite sans avoir sous la main une aiguille fine et de la soie fine pour faire, le cas échéant, une suture intestinale.

Lorsque les annexes sont libérées, on n'a plus qu'à les extirper de la même manière que lorsqu'elles sont primitivement libres (Voy. plus haut).

Dans les salpingo-ovarites très adhérentes, où l'on pressent que la séparation des annexes sera laborieuse, on peut simplifier beaucoup sa besogne en recourant à un procédé sur lequel M. J.-L. Faure a particulièrement insisté. Il y a un point des annexes qu'il est toujours facile de reconnaître et de repérer : c'est l'insertion de la trompe à la corne utérine. Placez donc sur l'extrémité interne de la trompe deux pinces de Kocher, et entre ces pinces coupez la trompe (fig. 298); puis cherchez à isoler les annexes en les attaquant *par-*

dessous (fig. 299), de bas en haut et de dedans en dehors, pour sectionner en dernier lieu le pédicule utéro-ovarien. Ce procédé est

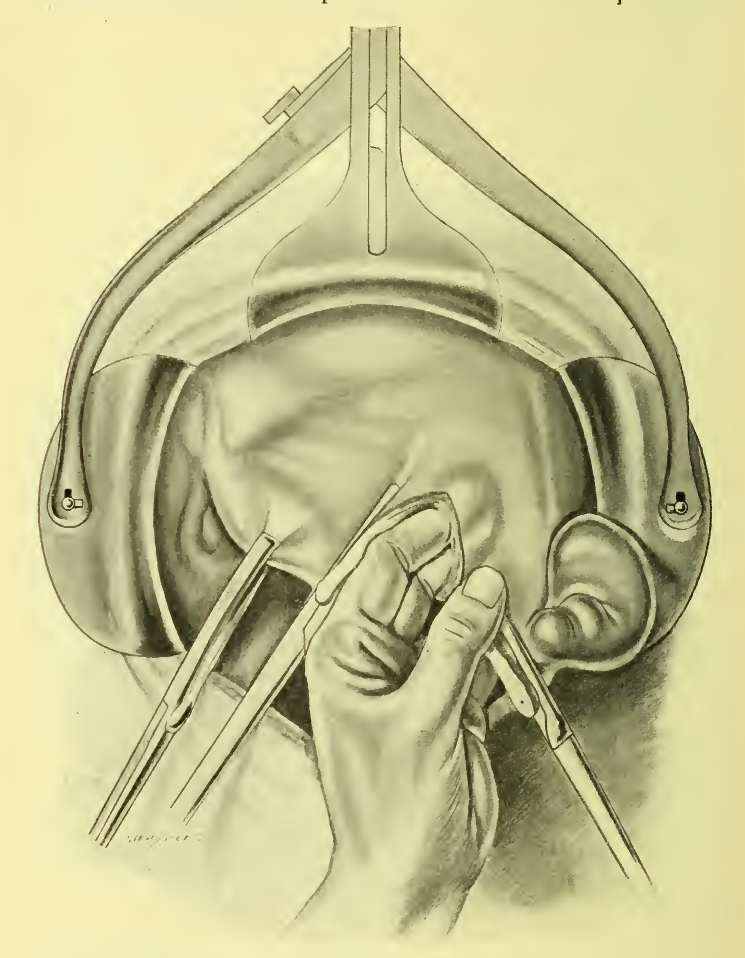


Fig. 299. — Salpingectomie abdominale (procédé de J.-L. Faure).
Les doigts, après section de la trompe près de son extrémité interne, attaquent la lésion annexielle par-dessous.

souvent bien plus commode que le procédé ordinaire, qui attaque les adhérences de haut en bas.

Les annexes extirpées, le reste de l'opération, péritonisation, fermeture de la paroi, se fait comme je l'ai indiqué précédemment.

Mais dans ces cas compliqués, s'il y a un suintement sanguin en nappe consécutif au détachement des adhérences, il peut être nécessaire de laisser en ce point un tamponnement avec une mèche de gaze, dont le bout sort par l'extrémité inférieure de l'incision abdominale ; en outre, en cas de suintement, ou s'il y a eu effusion de pus ou des manœuvres compliquées laissant un doute sur l'état d'asepsie du bassin, il faut établir un drainage. J'ai, dans un autre chapitre (Voy. p. 452) étudié cette grosse question du drainage dans les laparotomies gynécologiques ; je n'y reviens donc pas.

Indications de la salpingectomie. — La salpingectomie est indiquée dans tous les cas d'annexites unilatérales dans lesquels le traitement médical est insuffisant et dans lesquels la colpotomie ou les diverses opérations conservatrices sont inapplicables ou insuffisantes, c'est-à-dire, en somme, dans la grande majorité des annexites unilatérales où le traitement chirurgical devient nécessaire.

La salpingectomie abdominale sera toujours, — sauf circonstances très particulières et très favorables à la salpingectomie vaginale, — préférée à cette dernière.

Cependant, dans le cas où l'on serait obligé d'intervenir *dans une suppuration chaude, au cours d'accidents aigus ou fébriles, on évitera autant qu'on pourra la laparotomie*, plus dangereuse en pareille occurrence. La voie de choix est alors la voie vaginale : on fera son possible pour se tirer d'affaire par cette voie ; on pratiquera la colpotomie, et si l'extirpation des annexes paraît nécessaire, on cherchera à la pratiquer par la même voie.

Hystérectomie vaginale. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement des annexites eut pour initiateur Péan, et M. Segond s'en fit l'ardent apôtre, qui entraîna à sa suite la plupart des chirurgiens. Elle ne s'adresse, bien entendu, qu'aux cas où il y a lieu de faire une ablation bilatérale des annexes.

Technique. — Le procédé primitif d'*hystérectomie vaginale par morcellement* de Péan n'est plus guère employé ; je ne décrirai que les procédés encore généralement usités aujourd'hui : celui de Doyen, qui est merveilleux dans tous les cas simples ou de moyenne difficulté, où l'utérus se laisse abaisser sans trop de peine par les pinces à traction, et ceux de Müller-Quénu et de Segond, qui permettent de mener à bien l'opération dans les cas difficiles, où les annexes sont très adhérentes et où l'utérus, retenu en haut, ne se laisse pas facilement abaisser.

Procédé de Doyen (ou hystérectomie vaginale par hémisection médiane antérieure). — Découvrez le col ; saisissez-le solidement, à droite et à gauche, avec deux bonnes pinces de Museux, et abaissez-le autant

qu'il est possible, en faisant déprimer la paroi postérieure du vagin avec une valve courte (fig. 300) (et en écartant de même la paroi antérieure, si c'est nécessaire) : un aide spécial tient les valves.

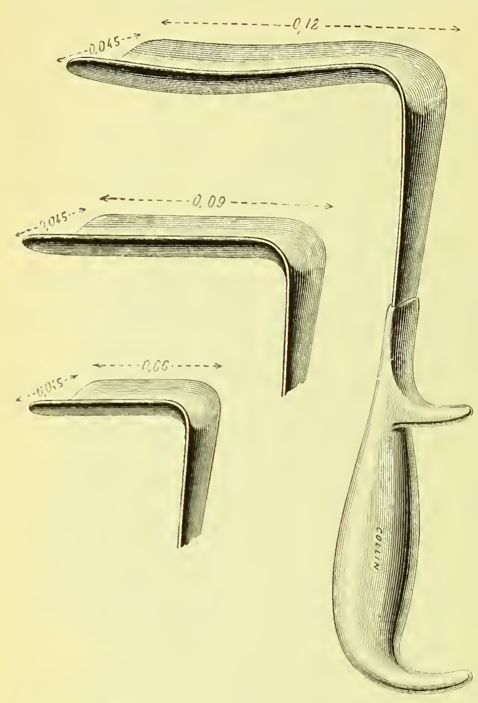


Fig. 300. — Valves de Doyen pour l'hystérectomie vaginale.

Tenant vous-même de la main gauche les pinces qui abaissent le col, faites de la main droite, au bistouri ou aux ciseaux, une incision circulaire de la paroi vaginale tout autour du col, au niveau de son insertion sur celui-ci (fig. 301). Puis, avec le doigt seul ou recouvert d'une compresse, décollez de bas en haut et petit à petit le tissu cellulaire tout autour du col, en rasant celui-ci ; en arrière, effondrez le feuillet péritonéal et ouvrez ainsi le cul-de-sac de Douglas ; en avant, décollez la vessie de l'utérus aussi haut que vous pouvez ; dénudez bien également le col sur les côtés. Si l'utérus se laisse bien abaisser, vous arrivez bientôt, en décollant la vessie, sur le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin : ouvrez-le prudemment aux ciseaux, si vous ne l'effondrez avec le doigt. Si l'utérus ne se laisse pas bien abaisser et que vous n'arriviez pas sur le cul-de-sac séreux, commencez, dès maintenant, à fendre avec les ciseaux, dont une branche est introduite dans la cavité utérine, la paroi antérieure du col sur la ligne médiane, sur toute la hauteur de la zone décollée, Saisissez solidement avec deux pinces de Museux la paroi cervicale à droite et à gauche de cette incision médiane et juste au-dessous de l'extrémité supérieure de celle-ci. Grâce à cette prise puissante, vous pouvez abaisser un peu plus l'utérus et libérer et découvrir un peu plus de sa paroi antérieure : prolongez alors votre incision

médiane antérieure vers le haut sur la nouvelle étendue de paroi utérine, ainsi découverte et libérée ; mettez deux nouvelles pinces de Museux le plus haut possible sur la paroi utérine sectionnée ; vous arrivez ainsi rapidement à rencontrer et à ouvrir le cul-de-sac péritonéal.

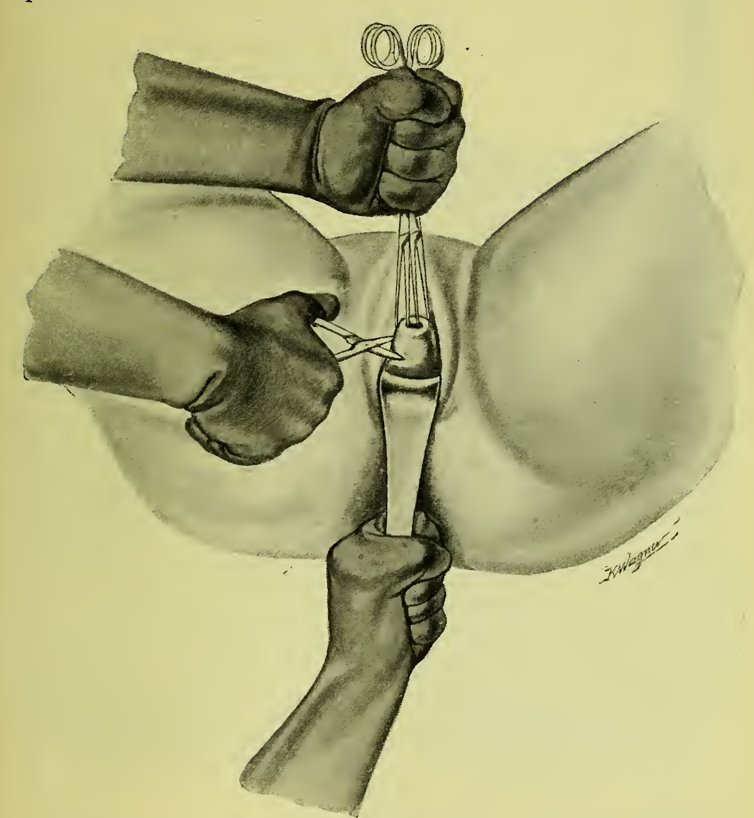


Fig. 301. — Hystérectomie vaginale : incision circulaire du vagin autour du col, au ras de celui-ci.

Celui-ci ouvert, introduisez-y immédiatement une valve qui protège la vessie (fig. 302).

Continuez (ou si vous n'aviez pas eu besoin de le faire jusqu'à ce moment, commencez) à fendre la paroi utérine antérieure de bas en haut sur la ligne médiane (fig. 303), et placez au fur et à mesure des pinces de plus en plus haut de chaque côté de cette section

pour abaisser petit à petit et découvrir de nouvelles étendues de cette paroi. Grâce à cette *hémisection médiane antérieure* de l'utérus, bientôt vous pourrez abaisser et faire basculer au dehors le fond de l'utérus lui-même (fig. 303).

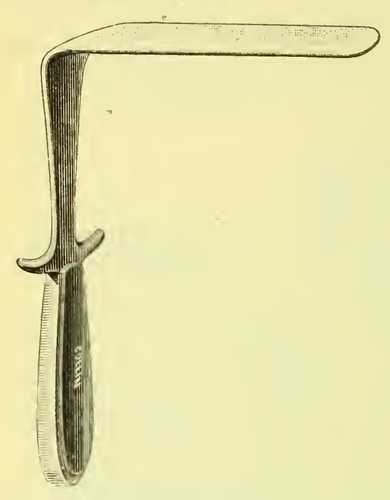


Fig. 302. — Valve étroite, pour glisser derrière la paroi vaginale antérieure et la vessie après l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, et pour protéger la vessie, dans l'hystérectomie vaginale.

Introduisez alors vos doigts de la main gauche derrière lui, à la recherche des annexes gauches. Décollez celles-ci de leurs adhérences et dégagez-les le plus possible en les tirant extérieurement avec l'utérus (fig. 304).

De votre main droite, placez alors sur le ligament large, de haut en bas, en dehors des annexes ainsi extériorisées (fig. 304), une pince à mors puissants et longs de 4 à 5 centimètres (fig. 305), que vous serrez à fond. Coupez aux ciseaux le ligament large, en dedans de cette pince, en dehors des annexes autant que possible, pour éviter de laisser de celles-ci. Si la pince ne saisit qu'une partie de la hauteur du ligament large, sectionnez-le en vous arrêtant un peu au-dessus de l'extrémité de la pince. Pincez alors l'étage inférieur du ligament large tout contre l'utérus (pour ne pas pincer l'uretère) avec une seconde pince semblable, placée de haut en bas, ou mieux de bas en haut, et alors de telle sorte que son extrémité chevauche un peu sur celle de la première. Cette seconde pince serrée, achevez de sectionner, en dedans d'elle, le ligament large à sa partie inférieure. La masse formée par l'utérus et ses annexes est alors complètement libre du côté gauche et ne reste plus adhérente que du côté droit. Cherchez alors et libérez les annexes droites, puis placez en dehors d'elles des pinces sur le ligament large droit, et sectionnez celui-ci, en vous comportant, de ce côté, d'une façon analogue à ce que vous avez fait à gauche. Vous arrivez ainsi à extirper l'utérus avec ses annexes.

Lorsque les annexes présentent des adhérences très résistantes, qu'on n'arrive pas à détacher, et que leur isolement est impossible,

on peut être obligé de se contenter d'ouvrir les poches suppurées qui se draineront par la large brèche résultant de l'ablation de l'utérus,

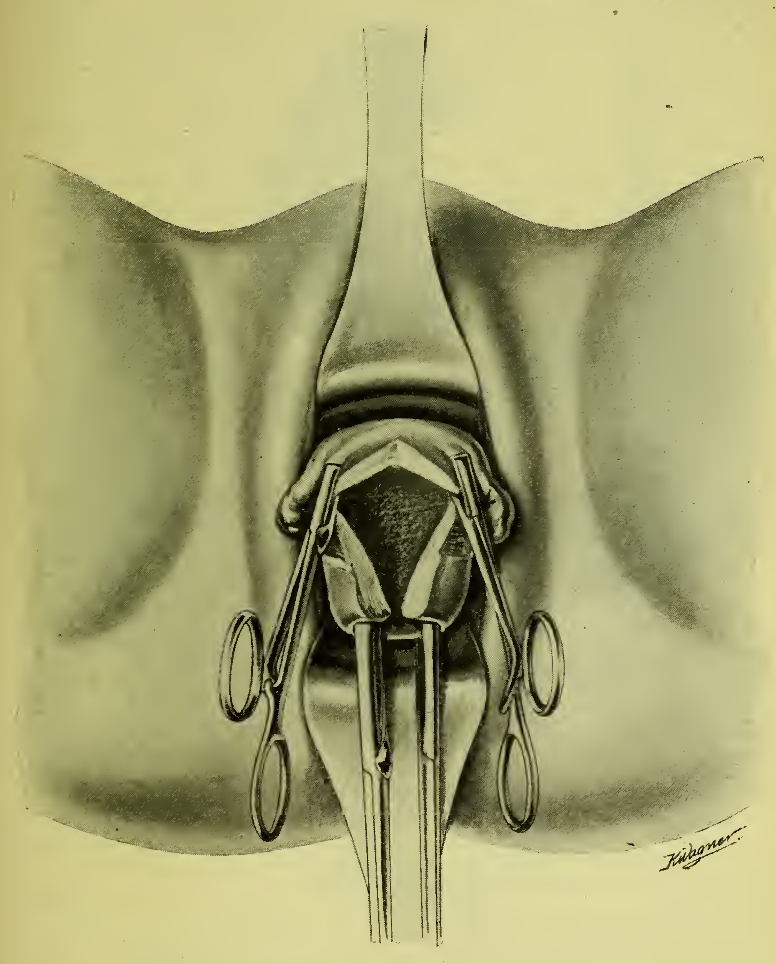


Fig. 303. — Hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen.
La paroi antérieure de l'utérus ayant été progressivement sectionnée sur la ligne médiane, des pinces placées en haut de chaque côté sur la tranche de section servent à tirer les parties plus élevées de l'utérus et finalement font basculer hors du vagin le fond de l'organe.

et de placer les pinces non plus franchement en dehors des annexes, mais sur les ligaments larges là où on peut, plus ou moins près de

l'utérus, et, par conséquent, sur les annexes elles-mêmes, dont une partie plus ou moins considérable est laissée.

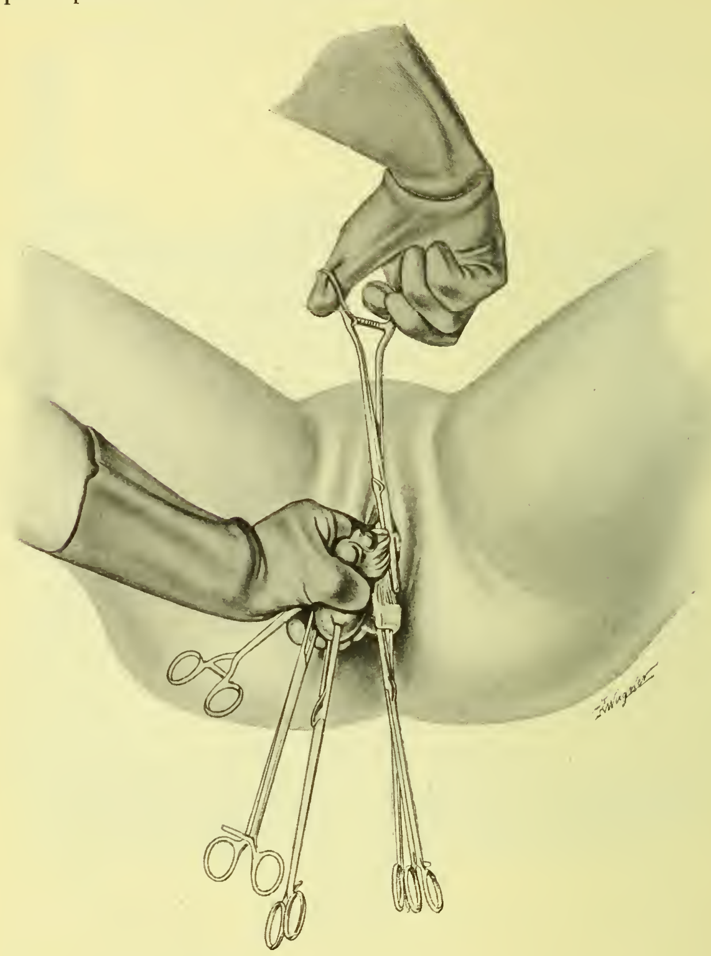


Fig. 304. — Hystérectomie vaginale : placement des pinces sur les ligaments larges, en dehors des annexes, que l'autre main attire au dehors (d'après Doyen).

Le procédé de Doyen, simple, élégant, réussit merveilleusement dans les cas faciles ou moyens, et permet parfois, lorsque les annexes ne sont pas ou sont très peu adhérentes, de faire l'extirpation de l'utérus et de ses annexes en une dizaine de minutes et même moins.

Par contre, lorsqu'il y a des adhérences résistantes, que l'utérus ne se laisse pas abaisser, il peut se montrer insuffisant, et il est alors indiqué de recourir soit au procédé de Müller-Quénu, soit à celui de Segond, qui ont l'avantage de faciliter cet abaissement de l'utérus et qui conviennent par conséquent aux cas difficiles.

Procédé de Müller-Quénu (ou hystérectomie vaginale par section médiane totale). — L'incision circulaire du vagin, l'ouverture du cul-de-sac postérieur, le décollement de la vessie et la libération latérale du col sont pratiqués de la même manière que dans le procédé précédent. Mais, dès qu'on a quelque résistance pour abaisser l'utérus, au lieu de se contenter, comme dans le procédé de Doyen, de fendre le col et l'utérus sur la ligne médiane uniquement sur leur paroi antérieure, on fait porter la section médiane à la fois sur la paroi antérieure et la paroi postérieure (fig. 306). Des pinces, placées de chaque côté de la section de plus en plus haut, comme dans le procédé de Doyen, permettent d'abaisser de plus en plus l'organe et de prolonger sa section de plus en plus haut, jusqu'à ce que, son fond étant lui-même sectionné, l'utérus se trouve ainsi complètement divisé en deux moitiés latérales entièrement séparées. Pour ne pas s'écarter de la ligne médiane dans cette section progressive de l'utérus, il suffit de se guider sur la cavité utérine.



Fig. 305. — Pince à ligament large de Richelot pour l'hystérectomie vaginale.

Grâce à la section totale de l'utérus en deux moitiés, il est beaucoup plus facile de l'abaisser, puis, lorsque la section est complète, de faire basculer tour à tour chaque moitié de l'organe pour aller rechercher, libérer les annexes correspondantes et les dégager au dehors. Pour se faire de la place au cours de ces manœuvres, on peut, suivant le conseil de Legueu, refouler en haut l'une des moitiés de l'utérus sectionné, tandis qu'on fait basculer l'autre moitié et qu'on cherche à l'extirper d'abord avec ses annexes. Cette extirpation étant réalisée, après pincement hémostatique du ligament large de ce côté, on abaisse alors la moitié utérine, qui reste,

et on l'extirpe à son tour de la même manière avec ses annexes.

Procédé de Segond (ou hystérectomie vaginale par pincement et section d'emblée de la base des ligaments larges). — Ce qui caractérise principalement le procédé de Segond, c'est que, dès le début de

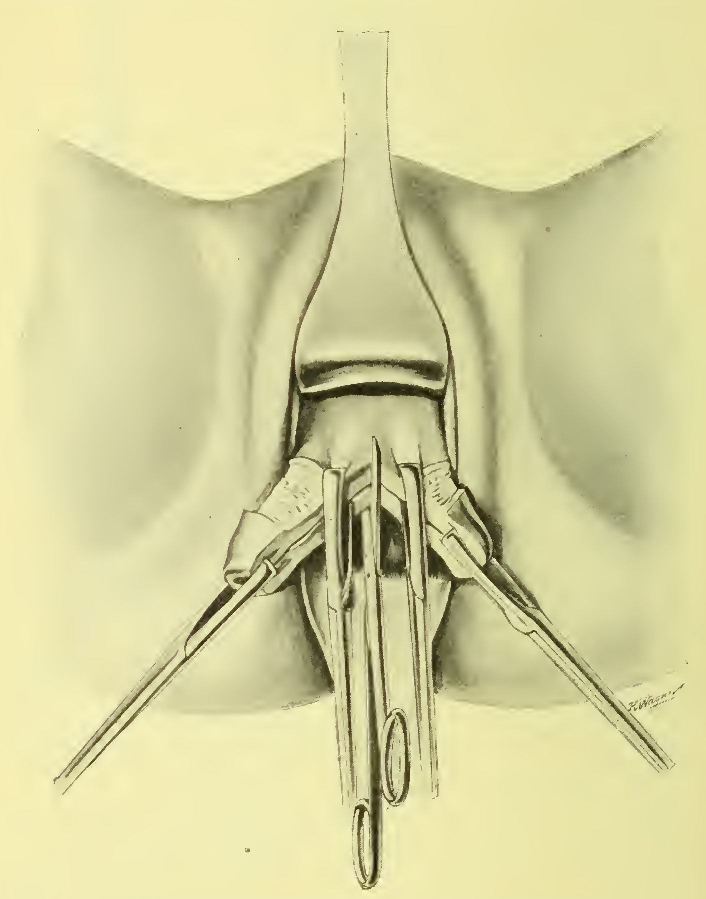


Fig. 306. — Hystérectomie vaginale. — Procédé de Müller-Quénu.

l'opération, on découvre, on pince et on sectionne la base des ligaments larges, de chaque côté du col. Comme ce qui maintient surtout l'utérus fixé et gêne son abaissement, c'est généralement le col et la partie inférieure des ligaments larges plus ou moins inextensible qui s'y attache ; cette section de la base des ligaments larges

dès le début de l'opération facilite singulièrement l'abaissement de l'utérus.

On procède comme il suit :

Désinsertion circulaire du vagin, — comme dans les procédés précédents, — à laquelle M. Segond ajoute, à droite et à gauche, une petite incision de 2 centimètres de la paroi vaginale, perpendiculaire à la précédente, par conséquent verticale, et qui donne plus de jour. Le col est libéré en avant et en arrière, et une pince est placée, à droite comme à gauche, tout près du col (pour ne pas blesser l'uretère), sur la base du ligament large, qui est alors sectionnée en dedans de la pince.

Le col étant ainsi complètement libéré, Segond le fend à droite et à gauche, le divisant en une valve antérieure et une valve postérieure, qu'il enlève d'un coup de ciseaux. Segond ne pratique d'ailleurs pas toujours cette ablation primitive et isolée du col, et nous pensons qu'en général il vaut même mieux garder celui-ci, sur lequel les pinces amarrées aident à la solidité de la prise.

L'opération est alors continuée en pratiquant l'hémisection utérine antérieure, suivant le procédé de Doyen, et, au cas où l'utérus ne se laisse pas bien basculer en avant, en morcelant au besoin sa paroi antérieure par un évidement conoïde, qui permet alors cette bascule.

Le reste de l'opération, pincement de haut en bas et section du reste des ligaments larges, ne diffère pas du procédé de Doyen.

Pansement et soins post-opératoires. — L'hystérectomie vaginale terminée, asséchez le vagin avec des tampons de gaze ou d'ouate stérile montés sur une pince, et assurez-vous, en vous faisant du jour au moyen de deux valves longues et étroites appliquées dans le vagin en avant et en arrière, et en écartant latéralement l'un de l'autre les deux faisceaux de pinces placées sur les ligaments larges, que rien ne saigne dans la profondeur. Si vous voyez un point qui donne du sang, notamment au niveau de la tranche de section vaginale, mettez une pince sur le vaisseau qui saigne.

Lorsque l'hémostase est satisfaisante, procédez au pansement.

Peu d'opérateurs imitent Bouilly, qui réunissait par un fil de catgut la tranche de section vaginale antérieure et la postérieure, entre les deux faisceaux de pinces.

On introduit dans le vagin avec une longue pince à pansement deux longues mèches de gaze iodoformée ou au peroxyde de zinc, qu'on pousse profondément jusqu'au delà de l'extrémité des pinces, pour empêcher autant que possible que l'intestin ne se mette au contact des pinces et des moignons des ligaments larges. On

continue à mettre la gaze dans le vagin de haut en bas, jusqu'à la vulve. D'autres mèches sont mises entre les pinces et la paroi vaginale, pour éviter qu'elles ne pressent et contusionnent cette paroi. Enfin on place une dernière petite mèche circulairement en collerette autour des pinces, au niveau de l'orifice vulvaire, pour éviter leur pression sur la fourchette.

La vessie vidée, — certains placent à ce moment une sonde à demeure, — on termine le pansement en enveloppant l'ensemble des pinces, dans leur partie qui est extérieure, dans une compresse de gaze stérile, et en appliquant sur la vulve, tout autour des pinces, une épaisse couche d'ouate stérilisée, qu'on fixe par un bandage en T dont la branche médiane est divisée suivant sa longueur en deux moitiés qui passent à droite et à gauche du paquet de pinces.

Le transport de la malade dans son lit doit être fait doucement, sans mouvement brusque, en surveillant les pinces, qu'il est bon qu'un aide soutienne légèrement pendant ce transfert. La malade est déposée dans son lit doucement et couchée sur le dos. Un petit coussin d'ouate enveloppée dans de la gaze est disposé pour soutenir les pinces.

Enfin on rapproche au moyen d'une serviette les cuisses au-dessus des genoux, pour éviter les mouvements des membres inférieurs, et on place ceux-ci en flexion légère grâce à un coussin glissé sous les jarrets.

Certains chirurgiens, pour diminuer les douleurs, appliquent constamment sur le ventre une vessie de glace.

Si l'on n'a pas mis de sonde à demeure (il vaut mieux l'éviter), on sonde l'opérée autant qu'il est nécessaire, jusqu'à l'enlèvement des pinces.

L'opérée est laissée à la diète le premier jour. On lui fait, si c'est nécessaire pour qu'elle ait un peu de repos, une petite injection de morphine.

Le lendemain, si elle va bien, on lui donne par gorgées de temps à autre un peu de champagne ou de grog. Enfin l'alimentation, d'abord liquide, est reprise progressivement, si tout marche à souhait.

On veillera, comme après les laparotomies, à l'évacuation de l'intestin.

On enlève les pinces au bout de quarante-huit heures après l'opération : on enlève la ouate et la gaze qui les enveloppent, puis saisissant successivement chacune des pinces par ses anneaux, on la desserre *avec douceur*, et on lui imprime toujours doucement de

légers mouvements alternatifs de rotation à droite et à gauche pour bien la détacher des parties qu'elle saisit ; enfin on l'attire sans brusquerie.

On a conseillé de desserrer d'abord toutes les pinces en les laissant en place, et de ne les enlever qu'ensuite, au bout de quelques instants, voire même d'une heure : de cette façon on pourrait, si une hémorragie se produisait, y remédier en resserrant les pinces sur place. Ce *modus faciendi*, aveugle, nous inspire méfiance : il peut, ce nous semble, exposer à pincer, en resserrant les pinces, une anse intestinale, par exemple, et c'est pourquoi nous n'aimerions guère y avoir recours.

L'enlèvement des pinces se pratique fort bien sans faire sortir les mèches. Celles-ci sont laissées dans le vagin ; on nettoie la vulve et on refait le pansement vulvaire.

On enlève les mèches le quatrième ou cinquième jour : l'opérée est mise pour cela en position gynécologique, et, après avoir nettoyé avec soin la vulve, on met dans le vagin, sans dépasser celui-ci, de nouvelles mèches, qui seront remplacées tous les jours ou tous les deux jours.

Vers le dixième ou le douzième jour, on supprime le pansement vaginal, et on commence à donner des injections vaginales, deux fois par jour, sous très faible pression, en ayant soin de maintenir la vulve ouverte et d'enfoncer très peu la canule.

L'opérée peut généralement se lever au bout de quinze jours à trois semaines.

Suites et accidents post-opératoires. — Beaucoup d'opérées, après l'hystérectomie vaginale, se plaignent de douleurs vives jusqu'à l'enlèvement des pinces.

Des escarres, consécutives au pincement des ligaments larges, se détachent dans le cours des suites opératoires, et ce n'est qu'après leur chute que le fond du vagin se cicatrise d'une façon complète.

Les suites de l'hystérectomie vaginale peuvent être assombries par divers ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES :

a. L'HÉMORRAGIE, à la suite de l'enlèvement des pinces, ou même avant cet enlèvement, surtout si l'on s'est servi, au lieu de pinces à mors courts, d'une seule pince à mors longs pour chaque ligament large.

Lorsque cet accident se produit, il faut mettre immédiatement la malade en position gynécologique, et en s'aidant de valves chercher à *voir* le point qui saigne et à le pincer. On n'oubliera pas les risques de pincement de l'uretère : on ne devra donc pas pincer à l'aveugle, mais voir le vaisseau qui saigne pour mettre la pince strictement

sur lui. Si l'on n'arrive pas à réaliser ainsi l'hémostase, il faut, plutôt que de s'attarder en vaines tentatives, aveugles et dangereuses, pratiquer sans perdre de temps la laparotomie pour arrêter l'hémorragie.

b. La PÉRITONITE, cause principale de mortalité.

c. La FISTULE URÉTÉRO-VAGINALE, consécutive généralement au pincement de l'uretère, celui-ci se produisant souvent parce qu'on n'a pas libéré suffisamment la face antérieure de l'utérus et des ligaments larges.

J'ai dit ailleurs (p. 529) comment on traite cette fistule.

d. Des FISTULES VÉSICO-VAGINALES OU RECTO-VAGINALES, à la suite de blessure de la vessie ou du rectum. Elles guérissent quelquefois spontanément. Sinon, il faut les traiter comme je l'ai indiqué dans un autre chapitre (p. 515-531).

e. Une ESCARRE SACRÉE apparaît quelquefois à la suite de l'hystérectomie vaginale. Sa pathogénie est obscure. On l'attribue volontiers à un trouble trophique, dépendant peut-être de l'attrition des nerfs pelviens au cours de l'opération.

Indications. — L'hystérectomie vaginale ne convient qu'à des cas où il existe une annexite *bilatérale* et où il faut enlever les annexes des deux côtés. Dans les cas où il y a lésion unilatérale, dans ceux où la bilatéralité est douteuse, il ne faut pas y avoir recours. Dans les cas douteux, il est vrai, on a proposé de commencer par inciser le cul-de-sac postérieur et par là d'explorer les annexes : si on constate que celles-ci doivent être enlevées des deux côtés, on continue alors l'incision circulaire du vagin autour du col, et on fait l'hystérectomie vaginale ; dans le cas contraire, on se borne à enlever les annexes du côté malade par la brèche faite dans le cul-de-sac postérieur (salpingectomie vaginale). Mais, — à moins qu'on n'ait à intervenir dans un cas aigu, fébrile, une suppuration chaude et virulente, — nous préférons beaucoup la laparotomie, qui permet bien plus aisément d'explorer les annexes, d'en constater exactement les lésions et de les extirper s'il y a lieu.

Lorsqu'on a affaire à une lésion bilatérale avérée dont l'ablation est décidée, faut-il alors, dans tous les cas, avoir recours à l'hystérectomie vaginale ? Il y a dix à quinze ans, la question du choix de l'intervention dans ces conditions se débattait entre l'hystérectomie vaginale et la laparotomie suivie de salpingectomie bilatérale. L'hystérectomie vaginale avait l'avantage de ne pas laisser de cicatrice abdominale ni de risque d'éventration consécutive. Mais aujourd'hui les progrès dans la technique de la suture abdominale, et surtout l'emploi de l'incision de Pfannenstiel, réduisent à bien peu les risques

d'éventration après la laparotomie; d'autre part, cette dernière incision permet de dissimuler la cicatrice. L'hystérectomie vaginale débarrasse la malade, en même temps que de ses annexes, de l'utérus souvent gros, malade, et qui, conservé, pourrait demeurer une cause de douleurs et d'écoulements, sanguins ou autres. Mais aujourd'hui, avec la technique bien réglée et la gravité très réduite de l'hystérectomie abdominale, on peut aussi bien enlever l'utérus par la laparotomie. Et c'est précisément entre l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale (et non plus la salpingectomie double) que se pose pour les chirurgiens actuels la question du choix à établir dans les annexites bilatérales.

Or, presque tous résolvent aujourd'hui la question en accordant, au moins en général, la préférence à l'hystérectomie abdominale. Grâce aux perfectionnements apportés dans la technique de celle-ci, sa mortalité s'est très réduite et donne aujourd'hui des chiffres qui ne dépassent plus celle de l'hystérectomie vaginale. Or, dans les cas difficiles, dans les annexites très adhérentes, l'hystérectomie vaginale peut être extrêmement laborieuse, et dans certaines circonstances, comme par exemple lorsqu'il y a à détacher des adhérences intestinales, n'être pas sans danger; tandis que, dans l'hystérectomie abdominale, le chirurgien, ayant toujours son champ opératoire largement exposé, peut faire alors une opération moins aveugle, par conséquent moins dangereuse.

Cependant l'hystérectomie vaginale garde encore, à notre avis, une grande supériorité sur sa rivale et doit lui être préférée dans les cas où on est obligé d'opérer des lésions chaudes, en période d'inflammation aiguë et d'accidents fébriles, comme dans certains cas d'infection puerpérale. La voie vaginale, dans les lésions chaudes et virulentes, est bien moins dangereuse que la laparotomie, car on n'a pour ainsi dire pas à manœuvrer dans le ventre, comme dans celle-ci, et on risque beaucoup moins de contaminer la grande cavité péritonéale. Elle réalise, en outre, un large et idéal drainage au point déclive, qu'on ne saurait réaliser aussi bien à la suite de la laparotomie qu'à condition de faire l'hystérectomie abdominale *totale*, col compris.

Pour nous, l'hystérectomie vaginale trouve donc essentiellement son indication lorsqu'on est obligé d'opérer une *annexite bilatérale en période d'accidents aigus, fébriles, et de virulence*, et que, en raison de la multiplicité des poches purulentes, de leur accès difficile ou de la gravité des lésions, on ne peut se contenter d'une simple colpotomie.

Hystérectomie abdominale. — Aujourd'hui, dans les salpingo-

ovarites chroniques, refroidies, sans fièvre depuis un certain temps, la plupart des chirurgiens préfèrent à la salpingectomie double ou à l'hystérectomie vaginale l'ablation de l'utérus et des annexes par voie abdominale, c'est-à-dire l'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. Celle-ci comprend deux variétés : on peut soit enlever l'utérus complètement, y compris la portion vaginale du col (HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE), soit sectionner et enlever l'utérus au-dessus de son insertion vaginale, en laissant un moignon de col (HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUPRAVAGINALE OU SUBTOTALE). Il est plus simple et plus expéditif de sectionner le col que de rechercher et désinsérer le vagin, ce qui complique et prolonge un peu l'opération ; de plus, un moignon cervical est plus facile à hémostasier qu'une tranche de section vaginale. En un mot, l'hystérectomie abdominale subtotale est plus simple, plus rapide, plus bénigne que la totale. Aussi, lorsqu'on n'enlève pas l'utérus pour une lésion portant sur le col ou imposant l'ablation du col, comme le cancer utérin (cas où il ne saurait être question que de l'hystérectomie totale), la plupart des chirurgiens préfèrent aujourd'hui, — et il en est ainsi notamment dans le traitement des annexites, — l'hystérectomie subtotale à la totale.

Quel que soit le procédé d'hystérectomie abdominale que vous employiez, *mettez la patiente en position inclinée de Trendelenburg* (fig. 193) : j'ai déjà dit les considérables avantages de cette position et le progrès qu'elle a réalisé (p. 444).

Hystérectomie abdominale subtotale. — PROCÉDÉ DE KELLY. — Ce procédé, importé en France par M. Segond et très en faveur, est très souvent désigné sous le nom de PROCÉDÉ AMÉRICAIN.

Les soins préopératoires, semblables à ceux des autres laparotomies gynécologiques et indiqués ailleurs (p. 442), ne nous arrêteront pas.

Le ventre ouvert, soit par l'incision classique (p. 446), soit par l'incision de Pfannenstiel (p. 447), les lèvres de l'incision du péritoine pariétal étant repérées avec des pinces, et de grandes compresses étant immédiatement glissées dans l'abdomen pour couvrir et protéger l'intestin, placez sur les bords de votre incision abdominale des valves (Voy. fig. 296), qui, en les maintenant écartés, exposent largement à la vue le contenu du bassin.

Reconnaissez le fond de l'utérus, et derrière lui, jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas s'il est libre, glissez une nouvelle compresse par-dessus les précédentes pour isoler complètement le champ opératoire de l'intestin.

L'ablation de l'utérus et des annexes par le procédé de Kelly va alors consister à inciser l'un des ligaments larges de haut en bas en dehors des annexes jusqu'au niveau du col, à sectionner celui-ci

au-dessus de l'insertion du vagin, enfin à renverser, grâce à cette section, la masse utéro-annexielle du côté où elle adhère encore au bassin (fig. 307), et à couper le second ligament large en remontant

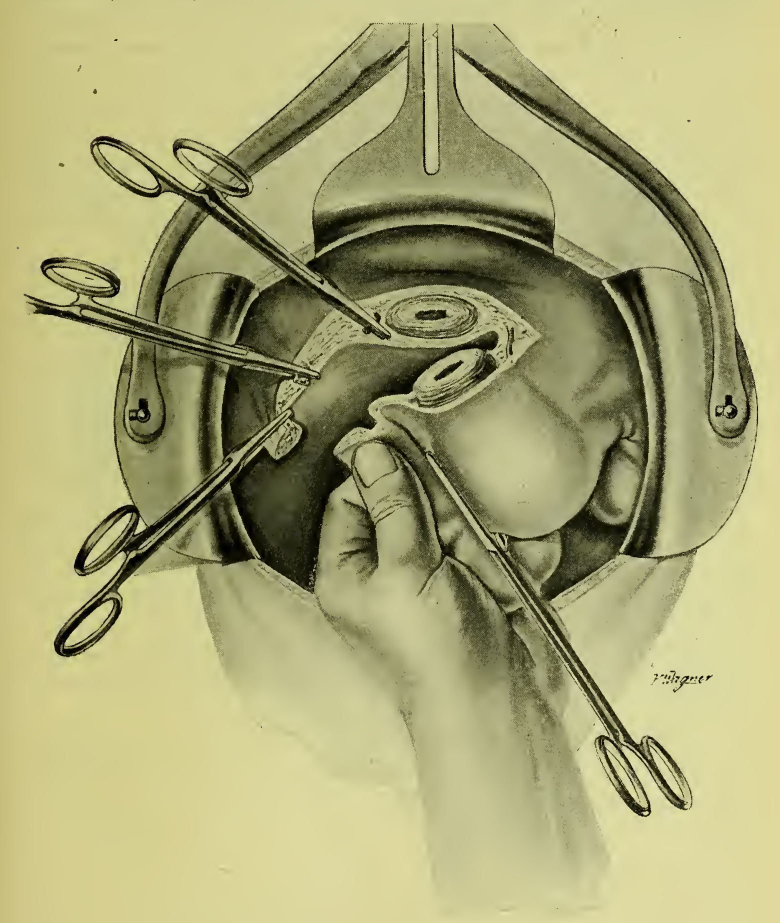


Fig. 307. — Hystérectomie abdominale subtotale, procédé de Kelly. Le ligament large gauche a été sectionné de haut en bas et le col coupé transversalement (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

de bas en haut depuis le col, en passant en dehors des annexes, jusqu'au pédicule vasculaire utéro-ovarien, qui est sectionné en dernier (fig. 308).

Attaquez donc la masse utéro-annexielle du côté (tantôt à droite,

tantôt à gauche) où cela paraît le plus facile, c'est-à-dire où les annexes sont le plus libres, le moins adhérentes. Celles-ci étant de ce côté décollées de leurs adhérences, écartez-les avec votre main gauche de la paroi pelvienne pour dégager leur pédicule vasculaire utéro-ovarien ; placez sur celui-ci deux pinces de Kocher, et sectionnez-le d'un coup de ciseaux entre ces deux pinces. Placez de même deux pinces sur le ligament rond du même côté ; sectionnez-le entre elles. En partant de ce point, faites alors au bistouri une incision transversale et curviligne à concavité supérieure du péritoine viscéral préutérin, un peu au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin ; puis, avec le doigt coiffé d'une compresse, refoulez en bas et décollez en quelques coups la vessie de la face antérieure du col utérin.

Lorsque la face antérieure de l'utérus et du col est bien dégagée, reprenez alors la section aux ciseaux du ligament large, de haut en bas, en dehors des annexes, en vous rapprochant du col. Arrivé sur le bord de celui-ci, cherchez à voir et à sentir battre au doigt l'artère utérine; pincez-la et sectionnez-la. Sectionnez le col, au bistouri ou avec de forts ciseaux, un peu au-dessus de l'insertion vaginale (fig. 307), et faites attention sur son autre bord à la seconde artère utérine. Faites basculer latéralement, à mesure que la section du col vous le permet, la masse utéro-annexielle ; cherchez, pincez et sectionnez la seconde artère utérine. Continuant à renverser de plus en plus sur le côté l'utérus avec ses annexes, sectionnez alors le second ligament large en remontant de bas en haut (fig. 308), en dehors des annexes, que vous détachez de leurs adhérences au fur et à mesure. A la fin, les annexes ne tiennent plus que par leur pédicule vasculaire utéro-ovarien (fig. 308), que vous pincez et sectionnez. La masse utéro-annexielle est extirpée.

Enfoncez la lame du thermocautère dans la cavité du moignon de col laissé, moignon que votre aide aura happé avec l'extrémité d'une pince au moment où vous l'avez sectionné, pour éviter que sa tranche de section, qui présente une cavité et du mucus suspects de n'être pas aseptiques, ne se mette au contact des surfaces péritonéales voisines. Vous détruisez sa muqueuse au thermocautère, pour en faire la stérilisation. Placez alors de solides ligatures au catgut sur les divers pédicules vasculaires que vous avez pincés, en prenant soin, pour éviter le glissement et le lâchage ultérieurs de ces ligatures, de faire passer avec une aiguille le fil de catgut, avant de le lier, dans le tissu voisin du vaisseau.

Réunissez la lèvre antérieure et la lèvre postérieure du moignon cervical par trois ou quatre points ou un surjet de catgut.

Enfin pour fermer la brèche cruentée résultant, au fond du bassin,

de l'ablation de l'utérus et des annexes, faites un surjet de catgut réunissant le feuillet séreux antérieur au feuillet postérieur et à la partie postérieure du moignon cervical, de manière à recouvrir

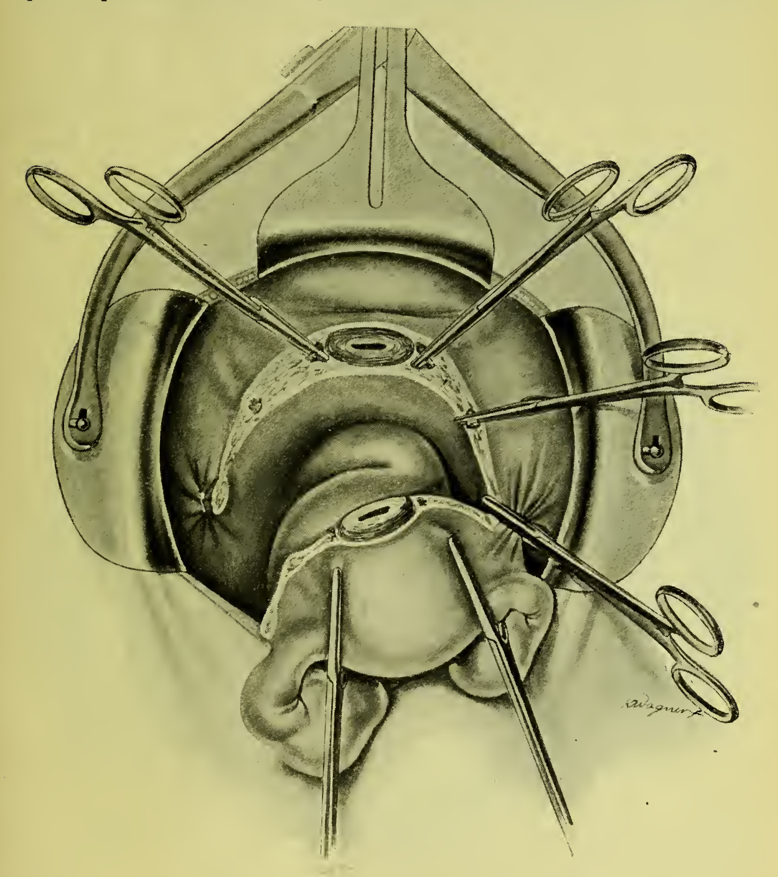


Fig. 308. — Hystérectomie abdominale subtotale. Procédé de Kelly. Section de bas en haut du second ligament large (celui du côté droit) (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

complètement la tranche de section de celui-ci, et en ayant soin d'enfouir les moignons des pédicules vasculaires (fig. 309).

L'opération est terminée par la fermeture de la paroi abdominale, sans ou avec drainage suivant les cas (j'ai discuté ailleurs cette question du drainage ; voy. p. 452).

Au lieu de couper l'un des ligaments larges de bas en haut après

avoir sectionné celui du côté opposé de haut en bas et avoir sectionné le col, — ce qui est la caractéristique du procédé de Kelly, — beaucoup de chirurgiens, dans les cas faciles, c'est-à-dire ceux où les annexes sont libres ou peu adhérentes, faciles à décoller, sectionnent

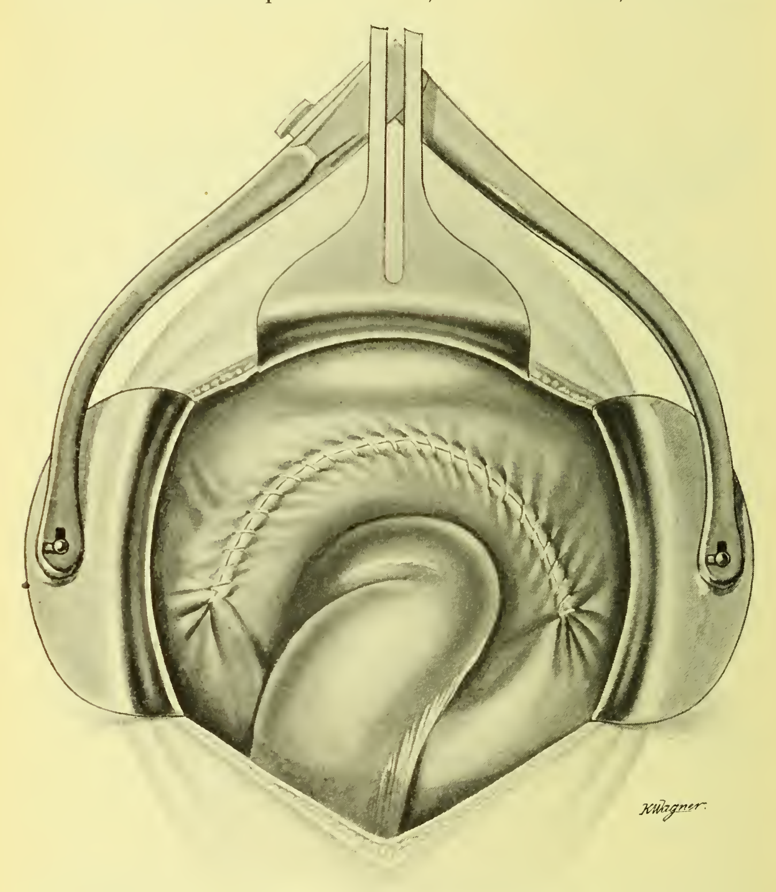


Fig. 309. — Hystérectomie abdominale subtotale. Aspect du fond du bassin, la péritonisation terminée.

les ligaments larges de haut en bas, d'un côté comme de l'autre, après pincement des pédicules vasculaires utéro-ovariens et des ligaments ronds, et terminent par la section du col après incision du péritoine préutérin et décollement de la vessie.

Mais, dans les cas où les annexes sont notablement adhérentes, le procédé de Kelly est préférable, car il permet, au moins d'un côté, le décollement des annexes en les attaquant par-dessous, de bas en haut, ce qui facilite leur libération, point sur lequel M. J.-L. Faure a bien insisté et sur lequel nous reviendrons plus loin.

Procédé de Terrier (ou hystérectomie abdominale subtotale par ablation première de l'utérus). — Le ventre ouvert, les valves abdominales placées, saisissez et attirez le fond de l'utérus par une bonne pince de Museux.

Sur l'un des ligaments larges, le long de son insertion utérine, placez une pince de Kocher, tout contre le bord de l'utérus, et une seconde un peu en dehors de la première ; coupez aux ciseaux le ligament large entre ces deux pinces. Pincez de la même manière et coupez le ligament large du côté opposé.

Incisez d'un côté à l'autre le péritoine de la face antérieure de l'utérus, au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, de manière à tailler un lambeau séreux qui servira à recouvrir le moignon du col ; décollez ce lambeau péritonéal et la vessie de l'utérus et du col. Cherchez et pincez avec deux bonnes pinces de Kocher, sur les côtés du col, les artères utérines. Sectionnez le col au-dessus du vagin ; thermocautérisez sa muqueuse.

L'utérus enlevé laisse alors le champ libre au milieu du bassin, un espace vide qui va faciliter vos manœuvres pour décoller les annexes de bas en haut en les abordant par-dessous. Celles-ci, décollées peu à peu, ne tiennent plus à la fin que par leur pédicule vasculaire utéro-ovarien et par le ligament rond, que vous pincez respectivement avec des pinces de Kocher et sectionnez. Les annexes sont enlevées de la même manière des deux côtés successivement.

Placez alors des ligatures sur les différents pédicules vasculaires pincés : ligaments ronds, vaisseaux utéro-ovariens, vaisseaux utérins.

Suturez le moignon du col utérin ; péritonisez, et suturez la paroi abdominale comme dans le procédé précédent.

Le procédé de Terrier est excellent, particulièrement dans les extirpations un peu difficiles d'annexes adhérentes, parce que, d'une part, en enlevant d'abord l'utérus, il crée dans le bassin une place vide où peut évoluer la main, ce qui facilite l'extirpation des annexes, et, d'autre part, parce qu'il permet d'attaquer celles-ci par-dessous, d'un côté comme de l'autre. Or M. J.-L. Faure a bien insisté sur ce fait « que les annexes sont beaucoup plus faciles à décoller de *bas en haut* que de haut en bas, parce qu'on les aborde *par-dessous*, en un point où les adhérences sont en général insignifiantes ou nulles ».

Cependant, lorsque les annexes, très augmentées de volume, très adhérentes, sont plaquées, collées contre l'utérus, le procédé de Terrier peut être inapplicable. Dans ces cas particulièrement difficiles, où utérus, annexes, sont comme fusionnés en un bloc par un magma d'adhérences, il y a un procédé merveilleux qui permet de mener l'opération à bien, c'est le *procédé de J.-L. Faure*.

Procédé de J.-L. Faure (ou hystérectomie abdominale par section médiane de l'utérus). — Dans les cas complexes auxquels je viens de faire allusion, où utérus, annexes, sont perdus dans un magma d'adhérences et où il est difficile de reconnaître les organes, il y a une partie que l'on peut encore facilement reconnaître et repérer, c'est le fond de l'utérus. C'est lui qu'on va attaquer d'abord et qui va permettre de s'orienter et de poursuivre sans hésitation l'opération.

Le ventre ouvert, le fond de l'utérus est saisi de part et d'autre de la ligne médiane avec deux bonnes pinces de Museux, qui servent à l'attirer le plus possible vers le haut. Avec de forts ciseaux droits, on sectionne alors sur la ligne médiane l'utérus de haut en bas, sans atteindre bien entendu ni léser le cul-de-sac vésico-utérin (Voy. fig. 312).

Pour supprimer les risques d'infection possible qui pourraient résulter de l'ouverture d'une cavité utérine non stérile, Faure, dès le premier coup de ciseaux qui coupe l'utérus en ouvrant à peine le fond de la cavité utérine, y introduit une lame de thermocautère longue de 8 ou 10 centimètres et épaisse de 5 ou 6 millimètres, qu'il insinue dans les cornes utérines et qu'il enfonce dans la cavité jusqu'au niveau du col, en frottant énergiquement et à plusieurs reprises sur toute sa hauteur la muqueuse utérine, afin de la stériliser. Lorsque la section médiane de l'utérus arrive au niveau de l'isthme, on tranche chaque moitié utérine d'un coup de ciseaux donné transversalement de la cavité vers le bord. On renverse alors successivement chaque moitié latérale de l'utérus séparée du col (fig. 310), et on profite de l'espace qu'elle laisse libre pour décortiquer les annexes correspondantes en les abordant par-dessous.

Bien entendu les artères utérines ont été pincées en temps utile. Le reste de l'opération, ligature des vaisseaux, péritonisation, etc., ne diffère pas des procédés précédents.

Hystérectomie abdominale totale. — On a proposé et employé de nombreux procédés d'hystérectomie abdominale totale. Le *procédé de Delagenière*, le *procédé de Doyen*, ne conviennent pas bien en général aux annexites. Je ne crois pas utile de décrire non plus les *procédés de Hartmann*, *de Richelot*, *de Jonnesco*. Lorsqu'on

veut pratiquer l'hystérectomie abdominale totale pour annexites, on recourt soit au procédé de Kelly, soit, dans les cas difficiles, au procédé de Faure, précédemment décrits pour l'hystérectomie subtotale,

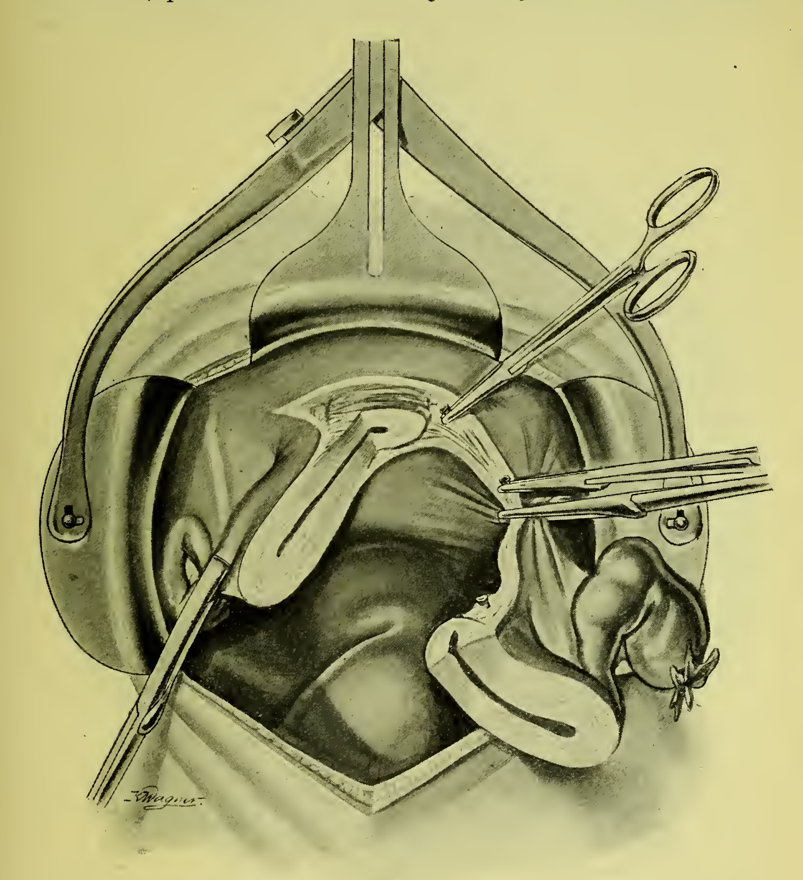


Fig. 310. — Hystérectomie abdominale subtotale. Procédé de J.-L. Faure.

avec la légère modification que comporte dans leur exécution l'ablation du col avec le reste de l'utérus.

Dans le PROCÉDÉ DE KELLY MODIFIÉ PAR SEGOND (qui en a fait une hystérectomie totale), on descend dans le premier ligament large, qu'on sectionne de haut en bas, jusque sur le cul-de-sac latéral du vagin. On ouvre celui-ci directement ou sur une pince directrice

introduite dans le vagin, et on sectionne l'insertion du vagin au col dans sa moitié correspondante. Faisant alors basculer l'utérus du côté opposé, on sectionne l'autre moitié de l'insertion vaginale de sa face muqueuse vers sa face externe ; après quoi il ne reste plus qu'à

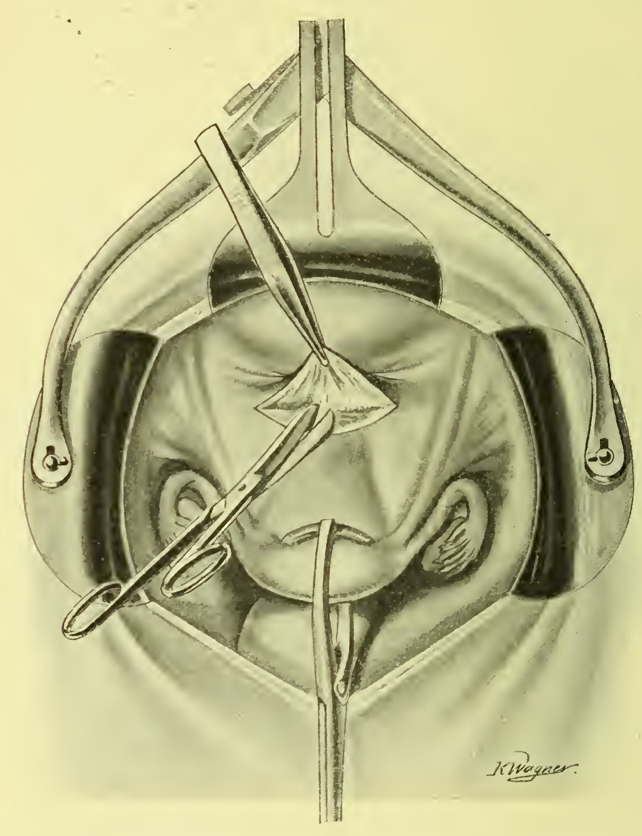


Fig. 311. — Hystérectomie abdominale totale. Procédé de J.-L. Faure. Le péritoine préutérin est incisé transversalement au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin ; puis on décolle et on refoule la vessie.

libérer et détacher les annexes de ce côté de bas en haut, en continuant le mouvement de bascule latérale de l'utérus.

Lorsqu'on recourt au procédé de J.-L. Faure, après avoir saisi et attiré en haut le fond de l'utérus avec les pinces, on commence par inciser le péritoine préutérin transversalement au-dessus du cul-de-

sac vésico-utérin (fig. 311) et par décoller et refouler la vessie aussi as que possible jusqu'au-dessous du col utérin. Ce n'est qu'alors

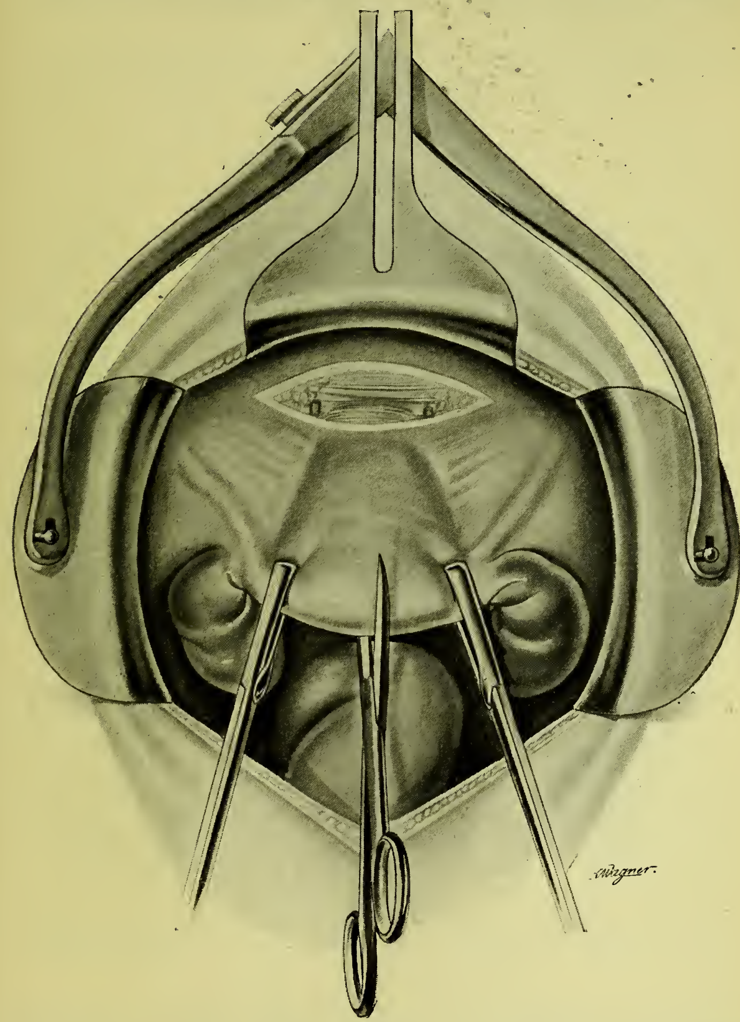


Fig. 312. — Hystérectomie abdominale totale. Procédé de J.-L. Faure. Section médiane de l'utérus aux ciseaux de son fond vers le col (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

qu'on sectionne l'utérus de haut en bas sur la ligne médiane (fig. 312) : on arrive ainsi jusque dans le vagin, qui se trouve ouvert en avant

et en arrière à son extrémité supérieure. Il est alors facile de faire basculer tour à tour sur le côté chacune des moitiés de l'utérus

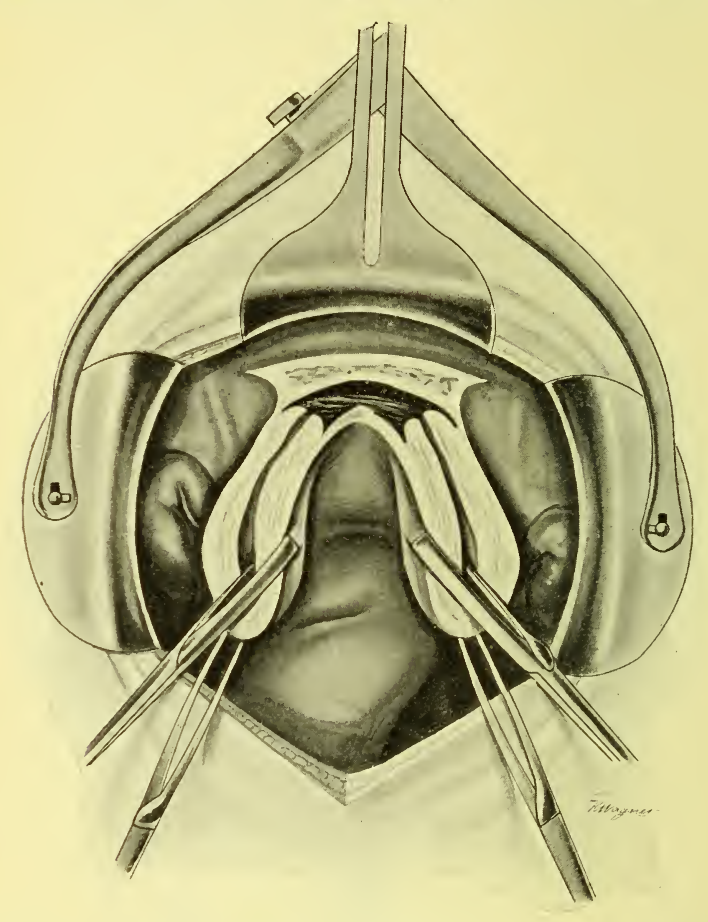


Fig. 313. — Hystérectomie abdominale totale. Procédé de J.-L. Faure. On fait basculer latéralement chacune des moitiés de l'utérus sectionné, pour les extirper successivement avec les annexes correspondantes.

(fig. 313), de désinsérer la moitié correspondante du vagin en l'abordant par la muqueuse, pour extirper enfin les annexes de bas en haut, comme il a été dit précédemment.

Indications de l'hystérectomie abdominale. – La plupart des chirurgiens préfèrent aujourd'hui l'hystérectomie abdominale à la

salpingectomie double et à l'hystérectomie vaginale dans les *annexites doubles chroniques, refroidies et nécessitant une extirpation bilatérale.*

L'hystérectomie abdominale subtotale doit être en général préférée à la totale. Cette dernière ne paraît préférable qu'exceptionnellement, lorsque les circonstances ou les incidents survenus pendant l'opération rendent nécessaire un maximum de drainage.

SCLÉROSE OVARIENNE (OVAIRE SCLÉRO-KYSTIQUE).

Certaines femmes ont des ovaires scléreux, augmentés de volume, souvent parsemés de petits kystes, qui n'atteignent pas un gros volume et ne dépassent guère la grosseur d'une cerise ou d'une noix. La plupart des gynécologues rattachent ces OVAIRES SCLÉRO-KYSTIQUES à des phénomènes inflammatoires, à de l'infection annexielle. Mais, s'il est vrai que souvent il y a des signes évidents d'inflammation des annexes, il y a aussi des cas où l'ovaire scléro-kystique existe chez des femmes, et même chez des vierges, chez qui il n'existe aucun signe d'infection et aucun antécédent d'infection antérieure de l'appareil génital; d'autre part, histologiquement, les lésions, dans un certain nombre de cas, ne présentent aucune trace d'un travail inflammatoire.

Il semble bien que l'ovaire scléro-kystique existe assez souvent en dehors de toute infection annexielle et à l'état isolé, sans salpingite concomitante, et qu'il doive être alors considéré comme une lésion d'ordre *dystrophique*, qui est peut-être, comme le pensent Faure et Siredey, l'aboutissant de la congestion ovarienne prolongée ou répétée.

La sclérose ovarienne donne lieu à des troubles menstruels, en particulier à de la dysménorrhée, à des troubles douloureux, et ces derniers troubles finissent parfois par devenir très pénibles par leur intensité et leur persistance, malgré le peu d'importance apparente des lésions : on ne sent, en effet, à l'examen gynécologique, qu'une petite masse douloureuse sur le côté de l'utérus, parfois peu distincte, plus facile à reconnaître comme étant l'ovaire dans les cas où celui-ci est prolabé dans le cul-de-sac de Douglas.

Les causes de congestion ovarienne ou pelvienne (Voy. CONGESTION UTÉRINE, p. 472) devront être évitées. On mettra d'abord en œuvre un traitement médical, et on cherchera à combattre les troubles menstruels, à calmer la douleur.

Mais la persistance et l'intensité des phénomènes douloureux finissent trop souvent par obliger à la **castration ovarienne.**

Toutefois, dans un certain nombre de cas, lorsqu'une partie de l'ovaire reste saine, on peut se contenter de faire une **résection partielle de l'ovaire**, en enlevant seulement la portion malade et laissant ce qui est sain (Voy. p. 668); des grossesses peuvent ainsi survenir après l'opération.

PELVI-PÉRITONITE (PÉRIMÉTRITE). — PARAMÉTRITE ET PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE. — SUPPURATIONS PELVIENNES.

Le terme très général, et à juste raison un peu vague, de SUPPURATIONS PELVIENNES, très usité dans le langage clinique des gynécologues, s'applique non seulement aux collections purulentes développées dans la trompe (*pyosalpinx*) ou dans l'ovaire (*ovarite suppurée*), mais encore et surtout aux collections purulentes développées dans le tissu cellulaire pelvien, le paramétrium (*paramétrite* ou *phlegmon de la gaine hypogastrique*), ou dans celui des ligaments larges (*phlegmon du ligament large* proprement dit), et à celles développées et enkystées dans le péritoine pelvien (*pelvi-péritonite* ou *périmétrite*). Ce qui autorise à englober ces diverses suppurations sous le nom commun de SUPPURATIONS PELVIENNES, c'est: 1° qu'il n'est souvent pas facile cliniquement de préciser exactement, d'une façon certaine, la localisation anatomique de la collection constatée, dans telle ou telle des parties constituantes du bassin (trompe ou ovaire, tissu cellulaire pelvien, péritoine); 2° que, d'ailleurs, assez souvent, il y a association du processus de suppuration dans plusieurs de ces parties, et que, par conséquent, la ou les collections constatées par l'examen clinique sont formées, par exemple, à la fois aux dépens de la trompe et de l'ovaire (*salpingo-ovarite*) et du péritoine pelvien (*périmétrite*, *périmétrosalpingite* de Pozzi); 3° enfin que, dans ces cas complexes, un traitement commun s'adresse d'une façon globale à l'affection dans ses différents éléments constituants, à savoir, si le *traitement médical* (repos, glace sur le ventre, injections vaginales et rectales chaudes, etc.) est insuffisant, la *colpotomie* pour ouvrir et drainer largement les poches purulentes, et si la colpotomie elle-même est insuffisante l'*hystérectomie vaginale*.

Pelvi-péritonite. — Périmétrite. — Péri-métro-salpingite.

Les annexites sont très souvent accompagnées d'un certain degré de périmétrite ou de péri-métro-salpingite, — c'est-à-dire d'inflamma-

tion du péritoine qui enveloppe l'utérus et les annexes, — les *adhérences* si fréquemment rencontrées dans les opérations pour salpingo-ovarites en sont le vestige et la preuve. Mais, dans le plus grand nombre des cas, cette périmétrite, plus ou moins limitée, d'intensité modérée, ne se manifeste pas nettement d'une façon propre et reste confondue dans le tableau clinique de l'affection annexielle dont elle dépend et qui domine la scène.

Il y a, par contre, des cas dans lesquels la pelvi-péritonite domine le tableau clinique, les annexes d'où elle tire son origine n'étant pas lésées ou seulement d'une façon insignifiante. On observe alors le syndrome connu de la péritonite, douleurs abdominales, nausées, vomissements, météorisme, fièvre, petitesse et fréquence du pouls ; puis, au bout de plusieurs jours, lorsque la localisation du processus s'est effectuée, on peut constater par l'examen clinique une tuméfaction située autour de l'utérus, plus particulièrement derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, lorsque celui-ci était libre : c'est dans ce cul-de-sac, lorsqu'il n'est pas oblitéré par des adhérences antérieures, que se collectent les épanchements séreux ou purulents auxquels donne lieu l'inflammation du péritoine pelvien. On sent alors derrière l'utérus, refoulant souvent l'utérus en avant comme une hématocèle, et bombant plus ou moins dans le cul-de-sac postérieur du vagin, une collection tantôt tendue, tantôt fluctuante, remontant plus ou moins haut vers la paroi abdominale suivant l'étendue du processus inflammatoire péritonéal et le volume de l'enkystement séreux. Ces collections se reconnaissent d'une salpingo-ovarite suppurée non seulement par la symptomatologie de la péritonite qui a abouti à leur formation, mais encore par leurs caractères objectifs : dans les annexites, la collection tubaire ou tubo-ovarienne, souvent située aussi derrière l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas, est cependant en même temps quelque peu latérale, elle est postéro-latérale ; de plus, la collection enkystée dans une paroi tubaire, même si elle est immédiatement accolée à l'utérus, n'est pas en rapport aussi intime avec lui qu'une collection développée dans la cavité péritonéale elle-même, et le doigt explorateur sent un sillon où il peut s'insinuer entre le corps utérin et la collection annexielle; dans le cas de pelvi-péritonite, la collection est plus immédiatement appliquée contre l'utérus même, qu'elle entoure plus ou moins, qu'elle refoule, et le doigt ne perçoit pas, comme dans le cas précédent, de sillon intermédiaire.

La pelvi-péritonite se termine tantôt par résolution, ou plutôt en laissant à sa suite un reliquat d'adhérences, tantôt par suppuration, et les collections purulentes, si on les abandonne à elles-mêmes,

finissent généralement par s'ouvrir à l'extérieur, le plus souvent par le rectum ; d'autres fois par le vagin, ce qui vaut mieux, ou par la vessie, par la paroi abdominale. Ce serait d'ailleurs une faute d'attendre cette ouverture spontanée : 1° parce qu'elle peut se faire attendre longtemps en laissant la malade en proie aux accidents fébriles causés par la suppuration, et même aux risques d'une rupture dans la grande cavité péritonéale de la collection purulente enkystée par des adhérences ; 2° parce que l'ouverture spontanée dans un organe voisin (rectum, vessie) n'est pas sans inconvénient : l'ouverture souvent insuffisante et fistuleuse ne permet pas au pus de s'évacuer convenablement ; une infection secondaire de la poche par le rectum peut entraîner de nouveaux accidents, ou son ouverture dans la vessie provoquer de l'infection urinaire.

Traitement. — Quel traitement instituer contre la pelvi-péritonite ? Il convient d'examiner la question : 1° à la phase initiale, lorsque les symptômes aigus de péritonite ne s'accompagnent pas encore de signes objectifs de localisation pelvienne ; 2° lorsqu'une tuméfaction ou collection pelvienne est apparue.

I. *A la phase de début*, caractérisée par le syndrome de la péritonite sans localisation pelvienne encore objectivement constatable, la question qui prime tout et qui est souvent embarrassante consiste à savoir si la péritonite va rester localisée au pelvis (pelvi-péritonite) et si elle n'a pas tendance à se diffuser, à aboutir à une péritonite généralisée. Dans le premier cas, on n'a qu'à appliquer le traitement médical de la péritonite, et l'on n'a à intervenir chirurgicalement que plus tard, s'il y a lieu, à la seconde phase, lorsque le processus s'est nettement localisé, et seulement s'il existe à ce moment quelque collection purulente à évacuer. Au contraire, si la péritonite paraît devoir se diffuser, comme on sait l'extrême gravité de la péritonite généralisée, l'échec pour ainsi dire constant du traitement médical, et comme le traitement chirurgical offre certaines chances de salut, mais d'autant plus grandes qu'on intervient d'une façon plus précoce, il y a intérêt à intervenir le plus tôt possible, avant même la diffusion de la péritonite.

Or, à sa phase initiale, la pelvi-péritonite revêt une symptomatologie très semblable à celle de la péritonite appelée à se diffuser et se généraliser. Comment donc s'y reconnaître et préciser les indications thérapeutiques ? Voici quelques éléments qui permettent, selon nous, de se guider en général dans cette embarrassante occurrence.

Lorsque la pelvi-péritonite survient d'une façon aiguë, à la suite d'un accouchement ou d'un avortement, et qu'elle est la manifestation d'une infection puerpérale, comme on sait la fréquence avec laquelle

la péritonite se généralise en pareil cas, surtout après l'accouchement, son extrême gravité et son énorme mortalité, nous croyons qu'il vaut mieux tenter l'opération précoce, ouvrir et drainer le plus tôt possible le péritoine pour essayer de limiter et d'enrayer la diffusion de l'infection péritonéale. On a employé dans la péritonite puerpérale la **laparotomie** simple ou à ouvertures multiples, la **colpotomie postérieure**, la **laparotomie** et la **colpotomie associées**. Nous donnons la préférence au drainage large et multiple réalisé, d'une part, par deux courtes incisions abdominales latérales, droite et gauche, dans lesquelles on introduit plusieurs gros drains enfoncés dans les diverses directions de l'abdomen, et, d'autre part, par une colpotomie postérieure avec drainage vaginal. Bien entendu, le traitement général doit être associé à l'intervention et a une importance de premier ordre.

Au contraire, lorsque la pelvi-péritonite survient comme complication d'une blennorragie, comme il est très exceptionnel en pareil cas qu'elle se généralise, on se contentera d'appliquer le **traitement médical** : repos complet au lit, vessies de glace sur le ventre, sangsues sur le bas-ventre, diète complète ou à peu près (on permettra seulement une gorgée de liquide toutes les heures, si la femme n'a pas de vomissements), enfin cinq fois par vingt-quatre heures une pilule d'extrait thébaïque d'un centigramme. Pour calmer la sensation de soif et soutenir l'état général, on fera des injections sous-cutanées de sérum artificiel (500 grammes à trois ou quatre reprises dans les vingt-quatre heures). De petites doses de digitaline ou de spartéine seront administrées s'il y a besoin de tonifier le cœur. Les injections hypodermiques d'huile camphrée rendent également des services pour relever l'état général.

II. ***Lorsqu'une tuméfaction pelvienne objectivement constatable est apparue***, montrant la localisation du processus, il ne faut pas se presser d'intervenir chirurgicalement. Ces tuméfactions sont parfois constituées, au moins au début, par l'ensemble des organes de la région (anses intestinales) agglutinés entre eux, avec, dans leurs interstices, des exsudats séreux : comme l'a noté Bouilly, il peut ne pas être sans danger d'ouvrir alors le cul-de-sac postérieur, au risque de léser l'intestin, sans d'ailleurs évacuer grand'chose comme liquide; et, de plus, il est remarquable comme certaines de ces tuméfactions, comme certaines collections séreuses de pelvi-péritonite diminuent rapidement de volume et se résolvent parfois en quelques jours. Donc il ne faut pas se presser d'opérer. Ce n'est qu'au bout de quelques jours, pendant lesquels on se contentera d'un traitement médical (repos au lit, injections vaginales et rectales

très chaudes), qu'on se décidera à intervenir, si l'on voit que la tuméfaction n'a pas de tendance à diminuer, qu'une collection persiste ou tend à s'accroître, que les accidents fébriles continuent ou reprennent par suite de suppuration de la collection.

Dans ces conditions, il faut opérer. Mais jamais, ou à peu près jamais, sauf circonstances tout à fait exceptionnelles, il ne faut alors recourir à la laparotomie : la voie abdominale risquerait, en rompant la barrière d'adhérences qui isole la collection pelvienne de la grande cavité péritonéale, de déterminer l'infection de celle-ci. Il faut opérer par la voie vaginale. On pratique la **colpotomie**, et c'est ici le triomphe de cette opération.

La collection à ouvrir occupant en général le cul-de-sac de Douglas, on la rencontre immédiatement dès qu'on a incisé le cul-de-sac postérieur du vagin, où elle bombe même parfois comme une hématocèle. L'opération est alors beaucoup plus facile que dans les salpingites, où la collection à évacuer, contenue dans une paroi propre qu'il faut encore effondrer après avoir ouvert la paroi vaginale, est en outre souvent plus ou moins élevée et moins directement au contact de cette dernière.

La colpotomie peut cependant ne pas suffire, dans certains cas où il existe des poches multiples, circonscrites par des adhérences compliquées, et que la simple incision du cul-de-sac postérieur n'arrive pas à ouvrir toutes et à drainer convenablement, et surtout dans certains cas où les lésions sont complexes, les annexes elles-mêmes gravement altérées en même temps que le péritoine pelvien; c'est alors l'**hystérectomie vaginale** qu'il faut pratiquer.

Paramétrite. — Phlegmon du ligament large.

La paramétrite est l'inflammation du *paramétrium*, c'est à-dire du tissu cellulaire qui environne le col de l'utérus et qu'on désigne aussi sous le nom de tissu cellulaire de la gaine hypogastrique ou de la base du ligament large : les dénominations de phlegmon de la gaine hypogastrique ou phlegmon de la base du ligament large sont synonymes de paramétrite,

Le phlegmon du ligament large proprement dit est l'inflammation de la nappe celluleuse plus haut située, au-dessus de la gaine hypogastrique, dans le ligament large proprement dit, au-dessous de la trompe.

La paramétrite et le phlegmon du ligament large proprement dit donnent lieu à une symptomatologie (douleurs, accidents fébriles, etc.) semblable, et qui est analogue à celle des annexites.

Mais on les reconnaît de ces dernières et on les distingue entre eux par les constatations objectives de l'examen gynécologique. La paramétrite se caractérise par une tuméfaction latérale, refoulant l'utérus et le col du côté opposé, immédiatement adjacente au bord utérin, dont ne la sépare aucun sillon intermédiaire, tuméfaction qui parfois tend à entourer plus ou moins le col utérin et qui s'étend, d'autre part, en dehors vers la paroi pelvienne, enfin qui est aisément accessible par le toucher vaginal : le cul-de-sac latéral correspondant du vagin est déprimé, plus ou moins bombant, ou tout au moins a perdu sa souplesse, et la pression du doigt en ce point fait aisément percevoir l'empâtement douloureux ou la tuméfaction.

Le phlegmon du ligament large proprement dit, plus élevé, n'est pas aisément accessible au seul toucher vaginal ; le cul-de-sac latéral du vagin n'est pas déprimé, reste souple ; le col n'est pas dévié, du moins du côté sain, mais il peut avoir basculé un peu du côté malade si le corps utérin est latéro-versé par le phlegmon plus haut situé; c'est par le palper abdominal, ou par le palper abdominal combiné au toucher, qu'on sent sur un des côtés de l'utérus un empâtement, une tuméfaction, douloureuse à la pression, étendue entre le bord utérin, auquel elle est immédiatement contiguë, et la paroi pelvienne.

La distinction entre le phlegmon de la gaine hypogastrique (paramétrite) et le phlegmon du ligament large proprement dit, bien établie par M. Pierre Delbet, n'a pas qu'un intérêt anatomique : elle est justifiée aussi en clinique, parce que ces deux sortes de phlegmons pelviens, lorsqu'ils viennent à suppurer, ont tendance à venir s'ouvrir dans des directions différentes, et parce que la voie d'accès, pour donner chirurgicalement issue au pus dans les deux cas, est également différente. Les abcès de la gaine hypogastrique tendent à s'ouvrir le plus souvent dans le vagin, ceux du ligament large proprement dit le plus souvent à la partie latérale de la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope. C'est par l'incision vaginale qu'il faut évacuer les premiers, par la laparotomie latérale sous-péritonéale au-dessus du ligament de Fallope qu'il faut aller à la rencontre des seconds.

La paramétrite et le phlegmon du ligament large commencent par une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire, qui se termine tantôt par *résolution*, tantôt par *suppuration*.

Traitement. — Il doit être envisagé : 1° avant la suppuration ; 2° lorsqu'une collection purulente s'est formée.

I. ***Avant la suppuration***. — Le traitement des phlegmons pelviens est purement ***médical*** et semblable à celui des salpingo-ovarites :

repos au lit, glace sur le ventre, sangsues sur la paroi hypogastrique, irrigations vaginales et lavements rectaux très chauds, lavements laudanisés, ou suppositoires, ou ovules opiacés, belladonés, etc., contre les douleurs.

II. *Lorsqu'une collection purulente est formée,* il faut donner issue au pus, et j'ai déjà indiqué que la voie à suivre diffère suivant la variété de siège du phlegmon.

Dans le phlegmon de la gaine hypogastrique ou base du ligament large, c'est l'incision vaginale qu'il faut employer : on fait une **colpotomie** suivie de drainage.

Dans le phlegmon du ligament large proprement dit, on fait une **laparotomie sous-péritonéale**, c'est-à-dire qu'on recherche et évacue la collection par une incision abdominale latérale, en restant en dehors de la séreuse péritonéale, qu'on se garde d'ouvrir.

On fait, à 1 centimètre au-dessus de l'arcade de Fallope et parallèlement à elle, une incision de 8 à 10 centimètres, qui rappelle l'incision classique pour la ligature de l'artère iliaque externe ; les différents plans de la paroi abdominale incisés, l'artère épigastrique est liée et sectionnée ; on décolle alors le péritoine, qu'on repousse en haut et en dedans, et le doigt s'enfonçant dans l'angle dièdre formé par la paroi abdominale et la fosse iliaque va à la rencontre de la collection, dont il sent la résistance ou la fluctuation. Le doigt, ou une sonde cannelée, ouvre la collection; on agrandit l'ouverture en introduisant dans celle-ci une pince fermée dont on écarte ensuite les branches ; enfin on draine.

DEUXIÈME CLASSE

TUMEURS DES ANNEXES.

KYSTES DE L'OVAIRE ET KYSTES PAROVARIENS.

Les kystes de l'ovaire comprennent deux grandes variétés : les kystes mucoïdes (encore appelés prolifères ou proligères) et les kystes dermoïdes. A côté de ces kystes ovariens proprement dits, il y en a d'autres développés aux dépens du parovaire (kystes parovariens), dont je dirai un mot à la fin de ce chapitre.

Les kystes de l'ovaire, lorsqu'ils sont de petit volume, peuvent être latents ou n'être découverts que par hasard. D'autres fois, ils donnent lieu à quelques troubles : des troubles menstruels, de l'aménorrhée plus souvent que des hémorragies, des phénomènes de compression (vessie, etc.), enfin des troubles douloureux qu'on voit surtout

lorsqu'il y a une complication, telle qu'inflammation du kyste, torsion de son pédicule.

Lorsque les kystes atteignent un certain développement, l'augmentation de volume du ventre et la perception d'une tumeur forcent l'attention. On n'oubliera jamais l'erreur de diagnostic si fréquente entre le kyste de l'ovaire avec aménorrhée et la grossesse.

Les KYSTES MUCOÏDES sont des CYSTO-ÉPITHÉLIOMES. Ces tumeurs, sans avoir une malignité absolument semblable au cancer, ont, cependant, pour évolution naturelle de s'accroître progressivement jusqu'à acquérir un énorme volume et d'aboutir à une cachexie, dite cachexie



Fig. 314. — Kyste végétant de l'ovaire (Ans. Schwartz et P. Mathieu).

ovarienne, à laquelle finissent par succomber les malades. La terminaison fatale peut d'ailleurs survenir bien avant, brusquée par une des complications (torsion du pédicule, rupture du kyste, suppuration, etc.) dont certaines, comme la torsion du pédicule, sont loin d'être rares. Enfin il n'est pas non plus exceptionnel que des kystes, au bout d'un certain temps, prennent un caractère de malignité semblable au cancer, poussant des végétations (fig. 314) qui se multiplient, se greffent sur le voisinage, récidivent après l'opération et se comportent, en définitive, comme un cancer.

Pour toutes ces raisons, ces kystes doivent être traités par l'extir-

pation, et sans trop attendre, car l'expectation laisse la malade sous la menace des divers accidents et complications qui peuvent survenir très brusquement, et, d'autre part, l'opération retardée peut devenir moins facile et d'un pronostic plus sérieux s'il s'est produit des complications qui ont provoqué des adhérences avec les organes voisins.

Les KYSTES DERMOÏDES n'ont pas, par eux-mêmes, le caractère de malignité relative inhérent aux kystes mucoïdes. Ils peuvent rester longtemps stationnaires et de petit volume, sans déterminer de troubles sérieux. Mais ils peuvent entraîner également des accidents graves, augmenter de volume et prendre un grand développement, enfin subir des complications brusques, telles que la torsion du pédicule, aggravant soudainement le pronostic. Ils doivent donc, eux aussi, être enlevés.

Le seul traitement des kystes de l'ovaire, quelle qu'en soit la variété, est donc l'extirpation, l'OVARIOTOMIE (mot pas très exact : on devrait plutôt dire OVARIECTOMIE, puisqu'on enlève le kyste qui s'est substitué à l'ovaire ; mais nous conservons le mot ovariotomie, consacré par l'usage). La *ponction*, plus ou moins répétée, l'*injection iodée* sont d'anciens modes de traitement qui ont eu une certaine valeur à une époque où la chirurgie était très meurtrière, mais qui, aveugles, insuffisants et dangereux, ne sauraient plus, actuellement, être opposés à l'ovariotomie.

Cette dernière opération peut s'exécuter par voie vaginale ou par voie abdominale.

Ovariotomie vaginale. — Lorsqu'un kyste est assez peu volumineux et assez facilement accessible par le vagin pour pouvoir être extrait par cette voie, certains chirurgiens recourent volontiers à l'ovariotomie vaginale. On incise le cul-de-sac postérieur du vagin (colpotomie postérieure) ; par cette incision, deux doigts vont chercher le kyste et l'amènent au dehors ; une pince-clamp est appliquée sur le pédicule (fig. 315), et celui-ci sectionné entre le kyste et la pince. On pose une ligature solide sur le pédicule au-dessus de la pince, en ayant soin de faire passer le fil dans le pédicule avec une aiguille mousse et de lier celui-ci en deux moitiés, pour éviter le glissement du fil. On retire la pince, on rentre le pédicule dans la cavité péritonéale, et on referme l'incision vaginale ou, au besoin, l'on draine suivant les circonstances.

L'ovariotomie vaginale a reçu à l'étranger, notamment en Allemagne, une grande extension. Certains chirurgiens y recourent habituellement dans la pratique de leurs ovariotomies, même pour des kystes volumineux : dans ce cas, après avoir incisé le cul-de-sac

postérieur pour aborder le kyste, on ponctionne celui-ci pour réduire son volume, et alors, avec des pinces, on cherche à l'attirer petit à petit pour en pratiquer l'ablation.

L'ovariotomie vaginale, si le kyste a des adhérences avec les organes voisins, ne permet pas aussi bien de les voir et de les détacher au

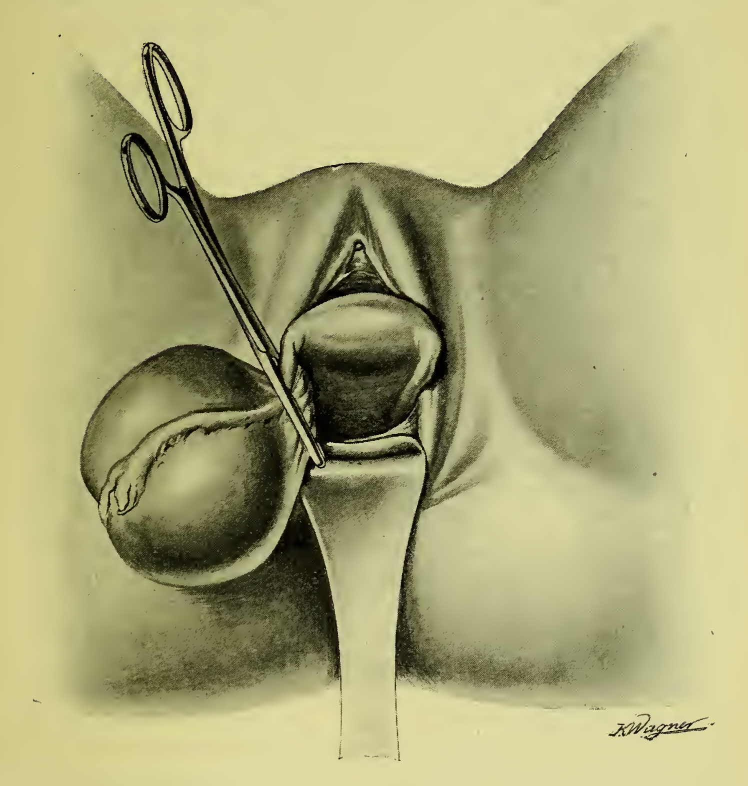


Fig. 315. — Ovariotomie vaginale. L'utérus apparaît, fortement basculé en arrière et montran ici sa face postérieure.

grand jour que l'ovariotomie abdominale ; elle est plus aveugle et peut, par conséquent, en cas d'adhérences, être plus dangereuse. Elle doit donc être réservée aux kystes de petit volume, nettement mobiles, libres d'adhérences et se présentant, pour ainsi dire, d'eux-mêmes du côté du vagin. Encore ne voyons-nous pas très bien quelle supériorité elle peut présenter sur l'ovariotomie abdominale, qui, dans un cas semblable, est extrêmement simple et ne présente

aujourd'hui pas plus de danger. On ne saurait même plus faire état, en faveur de l'ovariotomie vaginale, de cet avantage qu'elle ne laisse pas de cicatrice apparente, ni de risque d'éventration ultérieure. En effet, dans les cas de petits kystes mobiles qui pourraient être justiciables de l'ovariotomie vaginale, on n'a aujourd'hui qu'à employer, pour la laparotomie, l'incision de Pfannenstiel, qui dissimule la cicatrice cutanée dans les poils du pubis et qui offre les meilleures garanties contre le risque d'éventration (Voy. p. 447).

Il n'y a guère qu'une circonstance où l'ovariotomie vaginale nous apparaisse comme devant être préférée à la laparotomie : c'est lorsqu'on a affaire à un petit kyste pelvien, facilement accessible par le vagin, chez une femme enceinte, alors que le volume de l'utérus et la situation profonde du kyste rendraient l'ablation de celui-ci, par voie abdominale, difficile et pleine de risques, — par les manipulations et le traumatisme de l'utérus qu'elle impliquerait, — pour la continuation de la grossesse.

Hormis ces cas, en règle générale, l'ovariotomie doit être pratiquée par voie abdominale.

Ovariotomie abdominale. — Cette opération présente d'assez grandes différences dans son exécution et dans son pronostic, — le plus souvent très simple, très facile et très peu grave, mais quelquefois aussi très laborieuse et d'un pronostic beaucoup plus sérieux, — suivant diverses conditions. Aussi je crois préférable, plus clinique, au lieu d'en donner une description en bloc, d'envisager successivement l'opération : 1° dans les petits kystes sans adhérences ; 2° dans les gros kystes non adhérents ; 3° dans les kystes présentant des adhérences ; 4° dans les kystes inclus dans le ligament large.

Les *préparatifs* et les *soins préliminaires* sont ceux de toute laparotomie. La patiente sera purgée la veille. Elle aura été baignée. Sa paroi abdominale sera savonnée et son vagin nettoyé et désinfecté quotidiennement pendant deux ou trois jours avant l'opération. Au moment de celle-ci, la paroi abdominale (rasée les jours précédents au niveau du mont de Vénus) sera de nouveau savonnée, puis lavée à l'éther et à l'alcool, ou bien largement badigeonnée *à sec*, sans lavage préalable, à la teinture d'iode, suivant la méthode de Grossich. On aura toujours soin d'évacuer la vessie avant l'opération.

I. Lorsqu'il s'agit d'un *petit kyste sans adhérences*, l'opération est extrêmement simple et bénigne. La femme est mise en position de Trendelenburg (fig. 193). A l'incision médiane de la paroi abdominale qui n'a pas besoin alors d'être longue, il convient ici de préférer,

pour peu qu'on ait d'habitude de la chirurgie, l'incision de Pfannenstiel (p. 447), un peu plus compliquée, mais offrant le double avantage de masquer la cicatrice de la peau et de mettre plus sûrement à l'abri des éventrations. Dès qu'on a ouvert le péritoine, en veillant bien à ne pas blesser en bas la vessie, on garnit de longues compresses le pourtour de l'incision, puis les quatre derniers doigts de la main, — ou même seulement l'index et le médius, s'ils suffisent, — pénètrent dans la cavité abdominale, vont vers la cavité pelvienne à la recherche du kyste, qu'ils attirent au dehors sans difficulté s'il ne présente pas d'adhérences. Une pince-clamp est placée sur le pédicule, celui-ci sectionné entre le kyste et la pince. Débarrassé de la tumeur, on traverse le pédicule au-dessous de la pince avec une aiguille (mousse de préférence pour ne pas piquer les vaisseaux), avec laquelle on fait passer un fil de soie ou de catgut. Celui-ci sert d'abord à lier une des moitiés du pédicule, puis on ramène les deux bouts du fil autour de l'autre moitié, qu'on lie à son tour. On peut aussi faire passer avec l'aiguille une anse de fil, que l'on coupe, de manière à faire une ligature croisée : après entre-croisement des deux moitiés du fil sectionné, chacune d'elles sert à lier une des moitiés du pédicule. La pince mise provisoirement sur le pédicule est retirée, et on s'assure que celui-ci ne saigne pas.

Si le kyste ne gêne pas par son volume ou à cause de la brièveté de son pédicule, on peut aussi, pendant qu'on le fait tenir par l'aide, appliquer immédiatement la ligature au-dessous de lui sur le pédicule et ne sectionner celui-ci qu'après la ligature.

On examine ensuite l'autre ovaire, pour n'y pas laisser de lésion inaperçue. En particulier dans les kystes dermoïdes, où Lœwy et P. Guéniot ont montré qu'il est loin d'être très rare de rencontrer un kyste des deux côtés, il peut arriver qu'avec un kyste d'un certain volume existe du côté opposé un kyste très petit, de la grosseur d'une noix ou d'une noisette, qui passerait facilement inaperçu si l'on n'y regardait et qui pourrait ultérieurement se développer : il faut donc systématiquement examiner le second ovaire et l'extirper s'il y a lieu.

Lorsqu'il s'agit de tumeur dermoïde, il arrive assez souvent que le tissu ovarien sain persiste, reconnaissable à côté du kyste, ou plus ou moins étalé à sa surface. Quand il s'agit de tumeurs bilatérales, on peut alors, du côté où siège le plus petit kyste, essayer d'enlever le kyste en laissant l'ovaire, dont on suture la tranche de section par un surjet au catgut. Lœwy et Guéniot ont rapporté dans leur mémoire 4 cas où des chirurgiens ont réalisé cette résection partielle d'un des ovaires dans des kystes dermoïdes bilatéraux, et

ces quatre opérées devinrent ultérieurement enceintes et accouchèrent à terme.

Avant de refermer le ventre, il faut recouvrir de péritoine la surface cruentée du moignon du pédicule du kyste extirpé, en l'enfouissant sous un pli de séreuse par un ou quelques points de catgut.

On suture alors la paroi abdominale, par étages, sans drainer le péritoine, si tout a marché correctement.

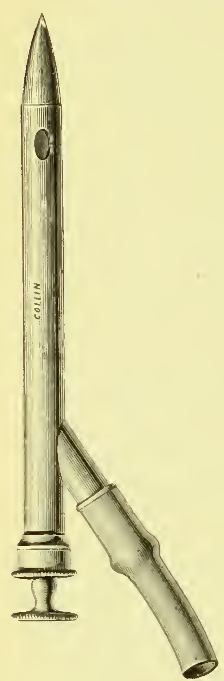


Fig. 316. — Trocart à kyste de l'ovaire.

II. Lorsqu'on a affaire à un ***gros kyste***, l'opération présente quelques différences. Il faut réduire le volume du kyste en l'évacuant par ponction, avant de le tirer hors de la cavité abdominale. Si le kyste, bien que gros, n'est pas d'un volume tel qu'on ne puisse l'extraire du ventre sans ponction par une incision abdominale un peu prolongée, on peut choisir entre cette dernière manière de faire et l'extraction du kyste après ponction par une petite incision. Mais, lorsque le volume du kyste est tel que, pour le tirer hors de l'abdomen sans le ponctionner, il faudrait faire une incision abdominale trop étendue, il faut sans hésitation recourir à la ponction. On fait donc une incision médiane de la paroi abdominale. Le péritoine ouvert, on s'assure, en explorant les parties avec une main glissée dans la cavité abdominale, qu'il s'agit bien d'un kyste et non d'un utérus gravide (erreur tant de fois commise !) ; la main, en contournant le kyste, détache s'il y a lieu de lâches adhérences. On ponctionne alors le kyste avec un gros trocart (fig. 316) muni d'un tube d'écoulement en caoutchouc branché latéralement et par lequel le liquide se déverse dans un seau. Des pressions sont exercées sur le kyste à travers la paroi abdominale à droite et à gauche de l'incision, pour assurer l'écoulement du liquide. Quand le kyste est multiloculaire, on peut être obligé, après avoir vidé une première poche, de pousser le trocart, sans le retirer de la tumeur, dans une seconde et parfois dans plusieurs autres poches, jusqu'à ce que le volume de la tumeur soit assez réduit pour qu'on puisse la faire passer par l'incision abdominale. Dès que, après avoir ponctionné on voit, à la suite de l'écoulement du liquide, la paroi du kyste s'affaisser, il faut

éviter qu'elle n'abandonne le trocart, et pour cela la pincer de chaque côté de celui-ci avec une pince de Kocher. Au moment de retirer le trocart, on se tient prêt à oblitérer immédiatement l'orifice avec une pince à kyste (fig. 317), pour éviter toute effusion de liquide sur le péritoine. On saisit alors, en un ou au besoin en plusieurs points (si on ne l'a déjà fait pendant l'écoulement même du liquide), la paroi du kyste, maintenant flasque et plissée, avec une ou plusieurs pinces spéciales, — pinces à kyste (fig. 317), à mors larges et fenêtrés munis sur leur face prenante de grosses crêtes et de larges rainures, de manière à ne pas glisser ni déchirer, — avec lesquelles on attire progressivement hors de l'abdomen la tumeur affaissée et rendue malléable grâce à son évacuation par ponction (fig. 318). Au moment où la tumeur achève sa sortie, l'aide veille à ne pas laisser l'intestin sortir du ventre, en glissant immédiatement dans celui-ci autour du pédicule du kyste l'extrémité de longues compresses stériles. Le reste de l'opération, — pincement, section et ligature du pédicule, enfouissement de celui-ci sous un revêtement séreux, fermeture du ventre après s'être assuré de l'état du second ovaire, ne présente ici rien de spécial. Il est rare que le pédicule soit assez volumineux pour nécessiter une ligature en chaîne.

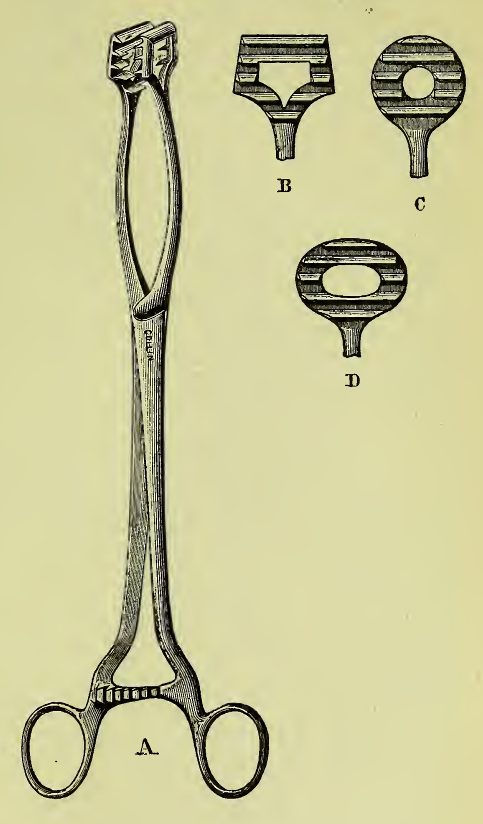


Fig. 317. — Pinces à kyste de l'ovaire.
A et B, pince à kyste de Péan. — C, D, pinces à kyste de Nélaton. Aspect de la face interne des mors.

Une recommandation particulièrement importante dans ces opérations pour gros kystes de l'ovaire, c'est de bien s'assurer, avant de refermer le ventre, qu'on n'y laisse pas de compresse ou d'instrument (pince à forcipressure).

C'est, en effet, surtout dans ces ovariotomies pour gros kystes, où la cavité abdominale est très étendue, où la paroi abdominale affaissée après la sortie de la tumeur est très ample et très lâche, et où, d'autre part, l'incision de la paroi doit souvent présenter une assez grande longueur malgré la ponction du kyste (en raison de la présence dans celui-ci de parties solides et de petites poches non évacuées par la ponction), c'est surtout, dis-je, dans ces cas de gros kystes qu'on a vu des accidents survenir plus ou moins longtemps après l'opération et des opérations ultérieures être nécessitées par le fait d'une compresse ou d'une pince laissée dans le ventre. Pour éviter une aussi fâcheuse mésaventure, certains chirurgiens ont l'habitude de compter les compresses et les pinces d'une part avant l'opération et, d'autre part, avant de refermer l'abdomen; d'autres ont soin de repérer toutes les compresses servant à garnir le péritoine avec de longues pinces appliquées sur leur extrémité extérieure, etc. Quelle que soit la manière dont on se mette à l'abri d'un tel oubli, on devra toujours s'en méfier, et dans le cas présent surtout bien plus que dans toute autre laparotomie.

III. Lorsqu'on trouve un ***kyste adhérent***, l'opération peut se trouver plus ou moins compliquée, prolongée, aggravée même, par la présence des adhérences, suivant les difficultés plus ou moins grandes qu'on éprouve à libérer le kyste. La libération se fait le plus souvent avec le doigt, recouvert ou non d'une compresse. Dans les gros kystes, nombre d'adhérences ne deviennent accessibles et ne sont attaquées, par conséquent, qu'après réduction de la tumeur par ponction, qui permet d'attirer le kyste de proche en proche et d'arriver sur les points adhérents. Les adhérences un peu fortes avec l'épiploon sont traitées par la section des parties adhérentes de l'épiploon entre deux pinces, avec ligatures épiploïques au catgut. Les adhérences à l'intestin nécessitent une grande attention, afin de ne pas déchirer celui-ci en procédant à leur libération : on se tiendra plutôt du côté de la paroi kystique que du côté de la paroi intestinale, et en cas d'adhérence trop forte et qui résiste, mieux vaut, plutôt que de déchirer l'intestin, laisser accolée à celui-ci une parcelle de paroi kystique, dont on se contentera, pour éviter la prolifération ultérieure de son épithélium si on laissait toute l'épaisseur, de gratter et cautériser légèrement la surface.

A cette manière de faire on pourra préférer, si la malade est en

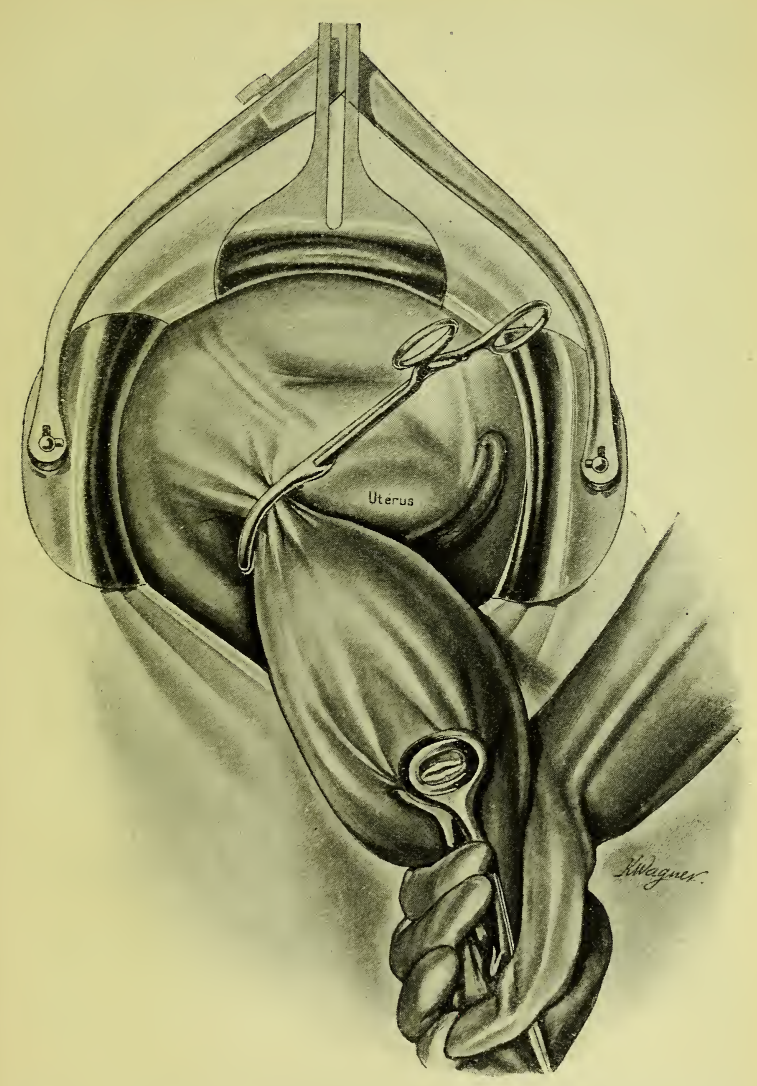


Fig. 318. — Ovariotomie abdominale. Le kyste, volumineux, a été réduit par ponction, et une pince à kyste serrant la paroi kystique au niveau de l'orifice de ponction empêche l'effusion de liquide dans le champ opératoire. Grâce à la ponction, le kyste, devenu flasque, a été attiré sans peine hors du ventre par la traction des pinces, puis saisi à pleine main. Une pince-clamp est posée sur son pédicule, qu'on va sectionner. (En pratique, on ne met généralement pas les valves qui, sur la présente figure, découvrent le fond du bassin).

état de la supporter, une résection d'une anse d'intestin suivie d'entérorraphie.

Dans les cas où le pôle supérieur du kyste est seul adhérent et où son pôle inférieur est libre, on s'attaquera d'abord, suivant le conseil de J.-L. Faure, à la partie inférieure libre, et on sectionnera le pédicule, pour libérer alors le kyste de bas en haut, des parties libres vers les parties adhérentes.

Lorsqu'un kyste présente de fortes adhérences qu'il n'est pas possible de détacher, ou seulement par un tour de force plein d'aléa et de danger, il faut se contenter de la **marsupialisation du kyste :** après avoir réséqué le plus possible de la paroi kystique, on suture les bords de la partie restante à l'angle inférieur de l'incision de la paroi abdominale. On traverse toute l'épaisseur de la paroi abdominale et toute celle de la poche avec de fortes soies qui servent à fixer la poche à la paroi. Puis une deuxième série de points, plus superficiels, réunit les bords de la poche à la peau seule. Il est indiqué de curer le plus possible, avec le doigt ou une curette mousse, l'intérieur de la poche des végétations qu'elle peut présenter et qui constituent un élément de récidive et d'évolution maligne.

Un drain est placé dans la poche et autour de celui-ci elle est tamponnée avec de la gaze stérilisée ou au peroxyde de zinc. Le reste de l'incision abdominale au-dessus de la poche kystique a été, bien entendu, suturé.

A la suite de la marsupialisation, la pression des viscères voisins tend à affaisser et diminuer la poche. Celle-ci peut même à la longue s'éliminer par mortification, ou bien elle bourgeonne et finit par se combler. En général, on voit la fistule persister indéfiniment, et la suppuration finit par épuiser la malade. D'autre part, les végétations laissées peuvent s'accroître, reproduire une tumeur et évoluer avec un caractère de malignité.

La marsupialisation, moyen de traitement très imparfait, très peu satisfaisant, ne doit donc être qu'un procédé de pis aller.

IV. *Kystes parovariens et kystes ovariens inclus dans le ligament large.* — Certains KYSTES PAROVARIENS ont un contenu liquide limpide, semblable à de l'eau de roche. Ces kystes parovariens *hyalins* ont pu parfois guérir définitivement après une simple ponction. On ne saurait y compter toujours; d'ailleurs, on ne saurait, en dehors de la laparotomie, diagnostiquer les kystes hyalins des kystes papillaires, et la ponction doit être aujourd'hui rejetée comme aveugle et pouvant être dangereuse. L'ovariotomie est donc aujourd'hui le seul traitement des kystes parovariens, aussi bien hyalins que papillaires.

A côté des kystes parovariens se place une autre variété de KYSTES INCLUS DANS LE LIGAMENT LARGE : ce sont des kystes ovariens développés du côté du hile de l'ovaire, ayant dédoublé la séreuse et se trouvant par conséquent recouverts, comme les kystes parovariens, par un

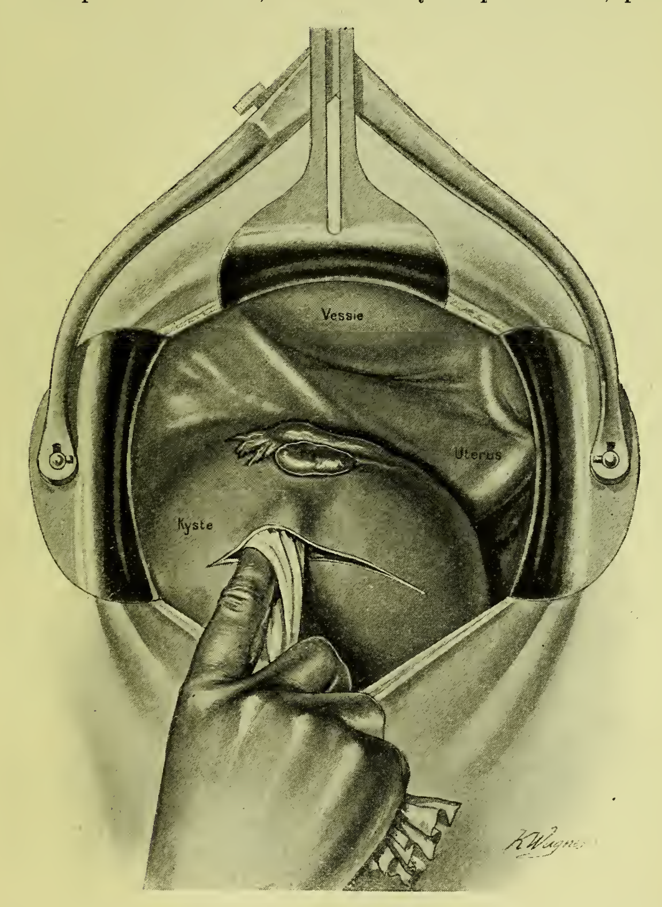


Fig. 319. — Extirpation d'un kyste parovarien. Le péritoine qui tapisse le kyste a été incisé, et le doigt va décortiquer le kyste.

revêtement séreux qu'il faut inciser et dont il faut les séparer pour faire leur ablation.

Une différence cependant existe entre les kystes ovariens inclus et les kystes parovariens, c'est que ces derniers, étant indépendants de

l'ovaire, n'entraînent pas, lorsqu'on les enlève, le sacrifice de cet organe.

L'opération diffère de l'ovariotomie ordinaire en raison de l'absence de pédiculisation des kystes inclus et de la nécessité de les décortiquer de leur enveloppe péritonéale. Le ventre ouvert, le kyste reconnu ainsi que son siège intraligamentaire, on incise le feuillet séreux qui le recouvre (fig. 319) dans le sens de la longueur du ligament large; puis, le bord du feuillet péritonéal étant repéré avec des pinces, on commence à le décoller avec le doigt de la surface du kyste. Si celui-ci est volumineux, on le réduit par ponction, comme dans l'ovariotomie ordinaire, et on continue ensuite la décortication. Dans les kystes parovariens hyalins, qui, à moins d'inflammation antérieure, n'adhèrent que faiblement à la séreuse, ce décollement est généralement facile. Mais, dans d'autres cas, il y a des adhérences parfois très fortes, et on doit agir avec beaucoup de prudence et d'attention, pour ne pas produire de lésions sérieuses, blessure de l'uretère ou déchirures vasculaires importantes. Pozzi conseille, dans les cas difficiles, l'introduction des doigts ou de la main dans la poche kystique, comme guidant l'opérateur pour reconnaître les connexions de celle-ci et facilitant le travail de décortication.

Lorsque celui-ci est achevé, la poche enlevée, on fait l'hémostase en appliquant suivant le besoin des ligatures au catgut, puis on capitonne de son mieux la cavité laissée par l'ablation du kyste en unissant ses surfaces avec des surjets au catgut : l'aiguille sera enfoncée superficiellement dans les surfaces à accoler, pour éviter de piquer des vaisseaux.

Ce n'est que par exception, si la cavité était trop profonde et qu'on n'arrivât point à l'oblitérer convenablement, qu'on se déciderait à en suturer les bords à la partie inférieure de l'incision abdominale et à la tamponner, ou encore à la drainer par un tube placé dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Hystérectomie. — Lorsqu'un kyste intraligamentaire est tellement adhérent à l'utérus que la séparation en est pleine de difficulté et de danger et risque d'amener des hémorragies graves, il convient alors d'enlever à la fois le kyste et l'utérus : on fait l'*hystérectomie*, qui simplifie l'ablation de la tumeur. L'utérus est enlevé en bloc, adhérent à la tumeur, après ligature de ses pédicules vasculaires, ou bien en deux moitiés après section médiane (procédé recommandé par J.-L. Faure), et le kyste est alors enlevé de bas en haut avec la moitié utérine qui lui adhère.

L'hystérectomie peut être encore indiquée dans le cas de kystes bilatéraux, de kyste unilatéral avec salpingo-ovarite du côté opposé, de kyste végétant avec végétations greffées sur l'utérus.

TUMEURS VÉGÉTANTES DES OVAIRES.

Les TUMEURS VÉGÉTANTES DES OVAIRES, le plus souvent *bilatérales*, sont caractérisées par le développement d'un nombre considérable de *végétations*, qui ont tendance à donner des *greffes* sur le péritoine et les divers organes de l'abdomen. Ce sont souvent des *kystes* de l'ovaire, couverts de végétations proliférantes. Très souvent ces tumeurs produisent une *ascite abondante*, parfois hémorragique, et *se reproduisant rapidement* après la ponction. A la suite de celle-ci, on peut percevoir dans le bassin ou l'abdomen les tumeurs dures, bosselées, irrégulières, présentant souvent des adhérences, qui ont donné naissance à l'ascite.

Traitement. — Le traitement est l'**extirpation.** L'opération est souvent assez compliquée, en raison des *adhérences* des tumeurs aux organes voisins, qu'on peut déchirer (il faut toujours être outillé pour réparer ces déchirures), et en raison des *greffes* parfois très nombreuses qui peuvent exister un peu partout sur le péritoine et qu'il faut chercher, si c'est possible, à enlever elles aussi. La fréquente bilatéralité des lésions, les adhérences ou les greffes sur l'utérus, enfin l'infiltration et l'inclusion fréquente de ces tumeurs dans le ligament large, indiquent souvent, non la simple extirpation bilatérale des tumeurs ovariennes, mais l'**hystérectomie** subtotale ou totale.

A la suite de l'opération, — dont la complexité entraîne une mortalité relativement importante, — la guérison peut se maintenir, même dans des cas où l'on n'a pu enlever complètement toutes les greffes péritonéales, — ou au contraire la récidive apparaître. C'est que ces tumeurs sont de nature tantôt bénigne (adénome papillaire simple), tantôt maligne (adénocarcinome papillaire) ; seul l'examen histologique peut, à part l'évolution ultérieure, permettre ce diagnostic. Mais elles ont entre elles une étroite relation, et celles qui sont bénignes peuvent se transformer en tumeurs malignes. Il faut donc toujours les extirper sans retard.

La **ponction de l'ascite** n'est qu'un *palliatif très momentané* : on y a recours au début, avant que le diagnostic de la cause de cette ascite soit fait et pour faciliter ce diagnostic. Elle est encore un palliatif dans les cas désespérés où l'extirpation aura été suivie d'une récidive péritonéale qu'on aura tenté sans succès de guérir par une nouvelle laparotomie.

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE.

Les TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE, — tumeurs végétantes ou papillaires (Voy. plus haut) mises à part, — sont de nature (fibrome, fibro-sarcome, sarcome, cancer) et de pronostic variables. Mais, en cas de tumeur bénigne, on ne peut être cliniquement certain de la nature de la tumeur et, par conséquent, de son pronostic, ce qui doit faire recourir à l'intervention dans tous les cas. Ces tumeurs s'accompagnent parfois d'ascite et sont parfois bilatérales, surtout les tumeurs malignes.

Traitement. — Le seul traitement est leur **extirpation** ; la technique de l'**ovariotomie** est la même que pour les kystes de l'ovaire (Voy. KYSTES DE L'OVAIRE), sauf cette différence qu'il ne peut être ici question de réduire la tumeur par ponction pour l'extraire par une moins longue incision abdominale. Les tumeurs bilatérales, et surtout les malignes, peuvent motiver l'**hystérectomie**.

FIBROMES DU LIGAMENT LARGE.

Ces fibromes, formant une tumeur qui refoule l'utérus du côté opposé et dont il peut être plus ou moins difficile de reconnaître l'indépendance avec l'utérus lorsqu'elle lui est étroitement accolée, s'enclavent parfois dans le petit bassin et donnent alors lieu à des troubles de compression.

Traitement. — Leur traitement doit être leur **extirpation par voie abdominale** : le ventre ouvert, on incise la séreuse qui tapisse la tumeur, et on cherche à décortiquer celle-ci. Cette décortication n'est pas toujours facile, et elle peut s'accompagner d'hémorragie, car il y a habituellement autour de la tumeur de grosses veines très développées ; on peut aussi dans cette décortication blesser l'uretère, léser la vessie. Lorsque la décortication est trop difficile, mieux vaut pratiquer l'hystérectomie, qui facilite beaucoup l'ablation de la tumeur.

TUMEURS DE LA TROMPE.

Exceptionnelles, ce sont surtout des *tumeurs papillaires*, soit bénignes (papillomes), soit malignes (épithéliomes). Cliniquement, elles ressemblent à une salpingite et sont presque toujours confondues avec cette affection.

Traitement. — Il consiste dans l'**extirpation**.

TUMEURS DU LIGAMENT ROND.

Elles sont très rares. Ce sont des kystes du canal de Nück, des fibromes. Le traitement consiste à les extirper.

TROISIÈME CLASSE.

HÉMATOCÈCLE RÈTRO-UTÉRINE.

L'hématocèle péri-utérine consiste dans la collection et l'enkystement dans la cavité péritonéale, autour de l'utérus, d'un épanchement sanguin provenant d'une hémorragie de l'appareil génital. Sauf le cas où le cul-de-sac de Douglas est complètement oblitéré par des adhérences antérieures, c'est dans ce cul-de-sac de Douglas, partie la plus déclive, que le sang épanché se collecte et est le plus aisément accessible : l'hématocèle péri-utérine est donc presque toujours une hématocèle rétro-utérine.

L'hématocèle a d'ordinaire pour cause soit un *avortement tubaire*, soit une *rupture tubaire*, accidents à l'un ou l'autre desquels aboutit habituellement l'évolution de la *grossesse tubaire*. La grossesse extra-utérine est donc la cause de beaucoup la plus commune de l'hématocèle ; mais elle n'est pas absolument la seule, car, dans quelques cas beaucoup plus rares, elle peut tenir, par exemple, à la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire (Jayle).

Dans les cas les plus typiques, les plus classiques, le début est bruyant, dramatique : brusquement la femme, qui généralement a un retard de règles et parfois quelques signes faisant soupçonner le début d'une grossesse, — éprouve dans le ventre une douleur vive, en même temps que se manifeste le tableau clinique grave d'une hémorragie interne : pâleur, perte de connaissance, lipothymies et tendance syncopale, petitesse marquée et fréquence du pouls.

C'est l'inondation péritonéale, qui, lorsque l'hémorragie est trop abondante, peut faire succomber rapidement la malade.

Le plus souvent l'hémorragie, après un début plus ou moins alarmant, s'arrête; la malade revient petit à petit à elle, en même temps que se manifestent des signes de réaction péritonéale (douleur à la pression, météorisme) ; le sang épanché se collecte et s'enkyste : alors se constitue, à proprement parler, l'hématocèle, constituant une tuméfaction dont nous allons indiquer dans un instant les caractères.

Quelquefois la continuation lente de l'hémorragie ou sa reprise sous forme de poussées intermittentes réitérées peuvent encore,

dans les jours qui suivent, mettre la vie de la femme en danger.

A vrai dire, il est fréquent d'observer des hématocèles qui n'ont pas le début brusque et dramatique classique, mais un début beaucoup moins caractéristique. Assez souvent la femme se plaint seulement de douleurs dans le ventre, avec pertes de sang et quelques symptômes généraux d'hémorragie beaucoup moins graves que dans le cas précédent, et comme il s'agit en général d'une femme ayant un retard dans ses règles et soupçonnée d'être enceinte, le médecin, lorsqu'il est appelé au bout de quelque temps, croit facilement que la femme vient de faire une fausse couche ou en est menacée.

L'exploration gynécologique, qui montre que le col est fermé et ne présente pas de modifications, et qui surtout révèle les signes caractéristiques de l'hématocèle, permet d'éviter cette erreur.

Le toucher permet de constater la présence d'une masse qui remplit et distend le cul-de-sac de Douglas, faisant bomber le cul-de-sac postérieur du vagin, appliquée immédiatement derrière l'utérus qu'elle refoule en avant et qui est comme plaqué derrière la symphyse pubienne. Le palper-toucher combiné montre que cette masse, qui au début est de consistance mollasse, mais qui au bout de quelque temps devient dure, se prolonge sur les côtés de l'utérus et remonte plus ou moins haut vers l'abdomen.

Certaines collections inflammatoires périmétritiques, pelvi-péritonites suppurées, occupant le cul-de-sac de Douglas, ressemblent beaucoup à l'hématocèle, et le diagnostic différentiel est parfois difficile. En général, l'examen des anamnestiques, des circonstances du début des accidents, l'existence d'un retard de règles, de symptômes de début de grossesse, les manifestations plus ou moins marquées d'un processus hémorragique, permettent, avec les constatations de l'examen local, de poser le diagnostic de l'hématocèle.

Il faut savoir qu'assez souvent dans l'hématocèle on peut observer, quelques jours après le début des accidents, une élévation passagère de la température, sans infection, qui est due à la résorption des matériaux du sang épanché.

Mais, d'autre part, l'hématocèle, au bout d'un temps plus ou moins long, peut s'infecter, suppurer, et l'on voit, en pareil cas, apparaître une ascension de température avec oscillations plus ou moins élevées, qui dénote l'infection.

Traitement. — I. *A la phase initiale d'inondation péritonéale*, lorsqu'on est appelé dès le début des accidents, l'avis général des chirurgiens est que, devant l'incertitude où l'on se trouve si l'hémorragie va continuer et emporter la malade, ou au contraire s'arrêter et tendre à s'enkyster pour constituer l'hématocèle, il faut

sans hésitation intervenir par la **laparotomie d'urgence**. On a affaire à une femme qui sàigne et dont la vie est immédiatement en danger : il faut aller droit au vaisseau qui saigne pour arrêter le sang. Tout en ayant recours aux moyens propres à relever l'état général, en réchauffant la malade et en faisant pratiquer des injections hypodermiques de caféine, d'huile camphrée, de sérum artificiel, on opère donc sans délai. La stérilisation de la peau de la paroi abdominale par la teinture d'iode sans lavage préalable (méthode de Grossich) est ici particulièrement précieuse par sa rapidité et sa simplicité. Bien qu'en raison de l'état anémique et syncopal de la malade on puisse être tenté de la mettre pour l'opérer dans la position de Trendelenburg, je crois qu'il faut éviter celle-ci dans les grands épanchements hémorragiques du bassin, parce que le sang et les caillots tendent ainsi à se répandre vers le diaphragme et qu'on risque alors de laisser dans la cavité péritonéale des caillots qui facilement s'infectent. Je préfère donc la position horizontale. L'anesthésie à l'éther, moins déprimante, sera autant que possible préférée au chloroforme, trop dangereux. On incise la paroi abdominale sous-ombilicale sur la ligne médiane ; la main, introduite dans le ventre, se débarrassant des caillots qui peuvent la gêner, va droit vers le bassin reconnaître l'utérus et la trompe d'où vient l'hémorragie ; on s'empresse de mettre sur elle une ou deux pinces (une sur la partie interne de la trompe, l'autre sur le pédicule vasculaire utéro-ovarien), de manière à tarir la source du sang. Le plus rapidement possible, pour éviter une opération prolongée dans l'état grave où se trouve la patiente, on fait l'ablation de cette trompe [la technique en est semblable à celle d'une salpingectomie pour annexite (Voy. p. 677)]; on enlève avec la main et avec des compresses les caillots et le sang épanché ; on procède le mieux, mais aussi le plus rapidement qu'on peut, à la toilette du péritoine avec des compresses ; enfin on suture la paroi abdominale, en laissant au besoin dans le bassin un drain qui sort par l'extrémité inférieure de l'incision, si l'on craint que l'on n'ait pu procéder à un asséchement suffisamment satisfaisant de la cavité péritonéale.

Treub (d'Amsterdam) a récemment (1908) défendu une pratique absolument opposée à celle de la généralité des chirurgiens dans l'inondation péritonéale. Constatant que, lorsque la mort ne survient pas presque subitement — défiant alors le plus souvent toute tentative opératoire — ou tout au moins dans les vingt-quatre premières heures, elle ne survient plus ensuite que par exception, et seulement dans les cas où les symptômes alarmants augmentent pendant plusieurs heures et où l'hémorragie se répète d'une façon sérieuse, il réserve

l'opération non différée pour ces derniers cas, extrêmement rares selon lui.

Pour tous les autres, il se contente de prescrire le repos le plus absolu, l'abstention d'explorations vaginales inutiles, un sac de glace sur le ventre, qu'il remplace au bout de quelques jours par des fomentations à l'eau chaude. Quelques jours plus tard, il y ajoute des irrigations vaginales chaudes. Il continue ce traitement pendant quatre à cinq semaines (à moins que des signes de suppuration de l'hématocèle ne commandent d'intervenir), et alors, si la résorption du sang est en bonne voie, il continue ainsi jusqu'à guérison complète; si la résorption traîne en longueur, il fait au bout de cinq à six semaines la colpotomie. A l'appui de cette manière de faire, on peut invoquer que l'intervention immédiate dans l'inondation péritonéale, faite dans un état général de shock grave, risque de causer par elle-même la mort de l'opérée et qu'habituellement, lorsque la mort ne survient pas dès les premières heures, l'hémorragie s'arrête d'elle-même et s'enkyste, constituant une hématocèle.

Les résultats que Treub a publiés de sa pratique paraissent l'étayer d'une façon défendable.

D'ailleurs Albertin (de Lyon) a défendu à la même époque (1908) l'expectation prolongée pendant deux ou trois jours, qui permet d'opérer les malades dans de meilleures conditions de résistance, la récidive de l'hémorragie au repos restant une indication pressante d'intervenir.

Cette expectation momentanée (Albertin) ou prolongée (Treub) n'a pas rallié les suffrages des chirurgiens, qui restent en masse attachés à l'intervention immédiate dans l'inondation péritonéale et la considèrent comme indiquée d'une façon absolue.

Il me semble qu'en pratique une distinction est à faire, suivant le moment où on est appelé par rapport au début des accidents et suivant les circonstances observées à ce moment.

Si l'on est appelé dès les premières heures, en pleine période d'activité de l'hémorragie, la prudence nous ferait opter pour la laparotomie immédiate.

Si l'on est appelé à voir la malade au bout d'un temps déjà notable (quarante-huit heures ou plus) après le début des accidents, la conduite dépend des circonstances cliniques.

Les symptômes d'hémorragie interne (et notamment les signes tirés de l'examen du pouls) restent-ils depuis un certain temps sans s'aggraver ou sont-ils en voie d'amélioration, indiquant que l'hémorragie est arrêtée ? Si alors l'état de shock intense, l'état général de la malade, commandent une certaine prudence opératoire, et si

la malade peut être placée dans des conditions de surveillance intelligente et d'assistance médicale immédiate en cas de besoin (maison de santé, hôpital), nous inclinerions volontiers pour une expectation momentanée, qui permettrait de relever l'état général de la malade, par des injections de sérum artificiel et autres moyens appropriés, de manière à l'opérer quelques jours plus tard après disparition du shock, après régénération globulaire au moins partielle, et dans de meilleures conditions de résistance. Bien entendu, on tiendrait tout préparé pour faire une laparotomie immédiate si, par hasard, une reprise de l'hémorragie commandait de cesser cette expectation.

II. ***A la phase d'hématocèle***, c'est-à-dire d'épanchement sanguin collecté et enkysté, le traitement consiste soit dans la **laparotomie**, soit dans la **colpotomie postérieure**, soit même très exceptionnellement dans l'**expectation.** Voyons-en les indications respectives.

Il y a une quinzaine d'années, lors de la discussion sur le traitement de l'hématocèle qui eut lieu à la *Société de chirurgie* en 1896, la plupart des chirurgiens (Picqué, Bouilly, Segond, Schwartz, Tuffier, Routier) s'accordaient à vanter et employer dans l'hématocèle la colpotomie, opération simple, bénigne et efficace. Seuls Terrier et Reynier la combattaient alors, chez nous, en faveur de la laparotomie.

A l'heure actuelle, où la voie haute a pris en gynécologie une telle extension et une telle prééminence sur la voie vaginale, la colpotomie est bien délaissée, et la plupart des chirurgiens se sont ralliés à la laparotomie dans l'hématocèle.

Certes la laparotomie a des avantages : elle permet de réaliser à coup sûr et facilement l'hémostase, de bien voir les lésions, de les traiter d'une façon complète, en pratiquant l'ablation de la trompe malade; et le progrès de la technique chirurgicale et de l'asepsie l'a rendue peu dangereuse.

Ces avantages ont trop fait oublier ceux de la colpotomie : opération beaucoup plus simple, — plus accessible à ceux qui ne sont pas très entraînés aux grandes interventions abdominales, — de gravité minime, et pourtant habituellement efficace. Sans doute, elle est moins complète, se bornant en général à l'évacuation des caillots, du sang épanché, — encore que certains chirurgiens aient parfois, par l'incision vaginale, pratiqué l'ablation de la trompe malade. Mais l'observation clinique a montré que, dans l'immense majorité des cas, cette simple colpotomie, même sans ablation de la trompe, suffisait à amener la guérison, et ce n'est que dans un nombre de

cas très restreint qu'on se voit dans la nécessité de pratiquer secondairement la laparotomie pour remédier à des troubles persistants en enlevant la trompe. Un reproche plus sérieux est que la colpotomie permet moins facilement l'hémostase si l'hémorragie reprend pendant l'intervention à la suite de l'évacuation des caillots, et on a dû parfois, dans ces conditions, recourir pour arrêter le sang à une laparotomie, qu'il eût mieux valu faire d'emblée. Mais, si ce reproche mérite considération lorsqu'on a affaire à une hématocèle récente, subissant ou pouvant encore subir des poussées hémorragiques, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une hématocèle déjà ancienne et vieille de plusieurs semaines.

En définitive, il me semble que l'on peut ainsi formuler les indications respectives de ces modes d'intervention :

1° Dans les hématocèles récentes ou dans celles qui subissent encore des poussées hémorragiques, pratiquez la **laparotomie** : incision médiane sous-ombilicale; on aborde la collection sanguine, on enlève les caillots et le sang, on procède à l'ablation de la trompe lésée, de la même manière que pour une ablation de salpingite (Voy. *Salpingo-ovarites*). Si les annexes de l'autre côté sont malades aussi et demandent à être enlevées, on pourra préférer à la salpingectomie bilatérale l'hystérectomie subtotale. On nettoie de son mieux avec des compresses le péritoine; mais il n'y a généralement pas lieu de chercher à enlever la paroi de la poche d'hématocèle, celle-ci étant formée par des adhérences qui agglutinent les organes voisins, notamment l'intestin, et ne se prêtant pas par conséquent à une excision.

Si l'hémostase n'est pas absolue, si un suintement en nappe persiste sur un point de cette paroi, il convient de placer un tamponnement à la Mickulicz (Voy. p. 454).

2° Dans les hématocèles déjà anciennes, où l'hémorragie s'est arrêtée depuis longtemps, où toute reprise de celle-ci paraît improbable, je crois que la **colpotomie** peut être employée et ne mérite pas le discrédit où elle est tombée.

Deux valves tenues par un aide écartant les parois vaginales antérieure et postérieure, et une pince de Museux étant placée sur la lèvre postérieure du col (après avoir d'abord saisi, si c'est nécessaire, la lèvre antérieure plus accessible dans une première pince), on incise transversalement au bistouri ou aux ciseaux la paroi vaginale postérieure immédiatement derrière le col (fig. 293). Cette paroi vaginale incisée, on effondre avec un doigt introduit dans la plaie, et s'aidant au besoin de l'extrémité d'une pince mousse fermée, le péritoine du cul-de-sac de Douglas : du sang, des caillots de l'hématocèle

s'écoulent aussitôt. On agrandit sur les côtés soit avec le doigt, soit en écartant les mors de la pince, l'ouverture faite à la collection. On facilite avec le doigt, — ou au besoin avec une curette *mousse* très prudemment maniée, jamais avec une curette tranchante, — l'évacuation des caillots de la poche. On lave, sous faible pression, la poche par une légère irrigation antiseptique (liqueur de Labarraque, 60 grammes pour 2 litres d'eau stérilisée; ou eau oxygénée, 1 partie pour 2 ou 3 parties d'eau stérilisée); enfin on place dans la poche un drain en T ou en croix, autour duquel dans le vagin on met une mèche peu serrée de gaze au peroxyde de zinc.

Les jours suivants, on renouvelle la mèche de gaze et on fait chaque jour un lavage dans la poche par le drain.

Il ne faut pas trop se presser de supprimer le drain. Mais, quand l'écoulement par le drain devient minime, on l'enlève, et je crois qu'il peut y avoir inconvénient à le laisser trop longtemps : j'ai observé deux cas dans lesquels, une petite fistule stercorale étant apparue huit ou dix jours après la colpotomie, on pouvait se demander si cette fistule d'apparition tardive n'avait pas été causée par la pression prolongée du drain sur la paroi rectale.

Au lieu de la colpotomie, on peut pratiquer la laparotomie ; j'ai déjà dit que c'est la pratique de la plupart des chirurgiens actuels.

3° Dans les hématocèles qui menacent de s'ouvrir dans le rectum, ce qu'on reconnaîtra aux faux besoins d'aller à la selle accusés par la malade, qui souvent évacue quelques glaires par l'anus, et surtout aux constatations faites alors par le toucher rectal, il faut sans plus tarder donner issue à la collection par la **colpotomie**, à l'exclusion ici, suivant moi, de la laparotomie.

4° Dans les hématocèles suppurées ou infectées, il faut pratiquer aussi sans hésitation la **colpotomie**, à l'exclusion de la laparotomie.

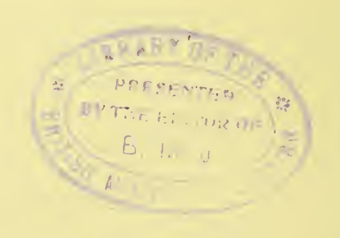
C'est dans ces cas, où la laparotomie serait bien risquée et exposerait à infecter la grande cavité péritonéale, que l'indication de la colpotomie est le moins contestée.

5° Enfin, dans les hématocèles très anciennes, en voie de régression, lorsque plusieurs examens successifs montrent que la résolution spontanée de l'hématocèle s'effectue sans trop traîner en longueur, l'**expectation** est de mise. Mais il est rare qu'on ne soit appelé à prendre une décision qu'à une époque aussi tardive.



TABLE ALPHABÉTIQUE

TABLE DES MATIÈRES



9984-10. — CORBEIL. Imprimerie CRÉTÉ.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris

BIBLIOTHÈQUE DU Doctorat en Médecine



Publiée sous la direction

DE

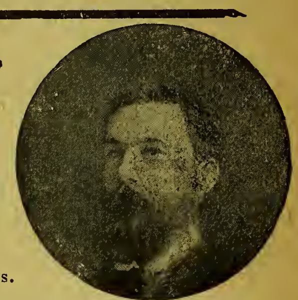
A. GILBERT

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

ET

L. FOURNIER

Médecin des Hôpitaux de Paris.



30 vol. petit in-8 de 500 à 750 p., avec de nombreuses fig. noires et coloriées.

La somme des connaissances exigées aujourd'hui de l'étudiant en médecine pour l'obtention du titre de docteur et du praticien est considérable ; elle s'accroît constamment du fait des progrès chaque jour accomplis dans le domaine médical.

Il n'existait pas, cependant, une collection d'ouvrages correspondant exactement aux programmes nouveaux composant TOUTES les matières et RIEN QUE les matières du doctorat en médecine. Trop de Précis encombrent la littérature médicale : beaucoup ne sont que de lourdes compilations où l'expérience de l'auteur fait défaut.

La collection de Précis dont la librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS entreprend la publication, sous l'habile direction du professeur GILBERT, contraste heureusement avec ces manuels impersonnels, bons peut-être pour repasser, mais incapables d'apprendre.

Cette nouvelle collection est faite pour réhabiliter les Précis dans le monde médical : ce sont en réalité des œuvres originales où ceux-là mêmes qui enseignent les diverses branches des sciences médicales résument, pour le plus grand profit des lecteurs, leur cours, fruit d'une expérience réfléchie et d'un enseignement travaillé. Ils sont conçus dans un esprit utilitaire : pas d'historique ni de bibliographie, pas de théorie, beaucoup de pratique.

Après avoir dressé le plan détaillé de la « Bibliothèque du Doctorat », les directeurs se sont efforcés de trouver, pour chaque partie, le collaborateur le plus nettement désigné, celui qui, de l'aveu universel, parut le plus capable de mettre au point la somme des connaissances que doivent posséder l'étudiant et le praticien.

Grâce à l'autorité du directeur, cette Bibliothèque formera un tout *homogène* répondant à un plan mûrement réfléchi ; grâce au choix des collaborateurs, comprenant *vingt-trois professeurs et professeurs agrégés de nos Facultés de médecine et vingt médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris*, elle reflétera exactement l'état actuel des sciences médicales, et en particulier l'enseignement de la Faculté de Paris.

De leur côté, les éditeurs ont tout fait pour que la « Bibliothèque du Doctorat » se présentât sous un aspect capable de satisfaire les bibliophiles les plus délicats, et pour qu'aucun reproche ne pût se justifier tant au point de vue de l'impression du texte imprimé en caractères, neufs sur satin, que de la reproduction des figures dessinées ou photographiées sous les yeux des auteurs et reproduites par les procédés les plus perfectionnés. Enfin elle se présente sous un élégant cartonnage souple, rouge et blanc.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, PARIS

Bibliothèque du Doctorat en Médecine

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

A. GILBERT & **L. FOURNIER**

Professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Médecin des hôpitaux de Paris.

30 vol. petit in-8 de 500 à 750 pages, avec nombreuses figures, noires et coloriées.

Premier examen.

ANATOMIE — DISSECTION — HISTOLOGIE

Anatomie, 3 vol.	Grégoire...	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	
Histologie	Branca	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris..	15 fr.

Deuxième examen.

PHYSIOLOGIE — PHYSIQUE ET CHIMIE BIOLOGIQUES

Physique médicale	Broca	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	12 fr.
Chimie biologique	Desgrez....	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	
Physiologie	....	....	

Troisième examen.

**I. MÉDECINE OPÉRATOIRE ET ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE
PATHOLOGIE EXTERNE ET OBSTÉTRIQUE**

Anatomie topographique	Soulié.....	Prof. adjoint à la Fac. de méd. de Toulouse.	16 fr.
Pathologie externe, (4 vol.)	Faure, Ombrédanne....... Chevassu, Schwartz......	Prof. agrégés à la Fac. de méd. de Paris.	chaque volume 10 fr.
	Alglave..................	Chirurgien des hôpitaux de Paris.	
	Cauchoix, Mathieu........	Chefs de cl. à la Fac. de méd. de Paris.	
Médecine opératoire	Lecène.....	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	10 fr
Obstétrique	Fabre	Professeur à la Faculté de méd. de Lyon.	16 fr

**II. PATHOLOGIE GÉNÉRALE — PARASITOLOGIE — MICROBIOLOGIE
PATHOLOGIE INTERNE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE**

Pathologie générale	Claude..... Camus.....	Prof. agrégés à la Fac. de méd. de Paris.	12 fr.
Parasitologie	Guiart.....	Prof. à la Faculté de médecine de Lyon.	12 fr.
Microbiologie	Dopter et Sacquépée.	Prof. agrégés au Val-de-Grâce.	
Pathologie interne (4 vol.)	Gilbert, Widal..................	Prof. à la Fac. de méd. de Paris.	chaque volume 10 fr.
	Castaigne, Claude, Lœper, Rathery.	Prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.	
	Garnier, Jomier, Josué, Paisseau, Ribierre..................	Médecins et anc. int. des hôp. de Paris.	
	Dopter........................	Prof. agrégé au Val-de-Grâce.	
Anatomie pathologique	Achard et Lœper..	Prof. et Agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	12 fr.

Quatrième examen.

**THÉRAPEUTIQUE — HYGIÈNE — MÉDECINE LÉGALE — MATIÈRE MÉDICALE
PHARMACOLOGIE**

Thérapeutique	Vaquez....	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	10 fr.
Hygiène	Macaigne...	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	10 fr.
Médecine légale	Balthazard.	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	12 fr.
Matière médicale et Pharmacologie	....	....	

Cinquième examen.

I. CLINIQUE EXTERNE ET OBSTÉTRICALE — II. CLINIQUE INTERNE

Dermatologie et Syphiligraphie...	Jeanselme.	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	
Ophtalmologie	Terrien....	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	12 fr.
Laryngologie, Otologie, Rhinologie.	Sebileau ...	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	
Psychiatrie	Dupré	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	
	Camus.....	Médecin des asiles d'aliénés.	
Maladies des Enfants	Apert......	Médecin des hôpitaux de Paris.........	10 fr.

Les quinze volumes parus sont soulignés d'un trait noir.

BIBLIOTHÈQUE GILBERT ET FOURNIER



PRÉCIS

DE



Pathologie Générale

PAR

le Dr H. CLAUDE ET le Dr J. CAMUS

Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris.

1 volume petit in-8 de 682 pages, avec 147 figures. Cartonné........ 12 fr.

La Pathologie générale, d'après la définition qu'en donnent MM. H. Claude et Jean Camus est l'ensemble des principes qui régissent les processus morbides dans leurs grandes lignes, dans leurs causes, dans leur évolution, dans leur terminaison; elle est en quelque sorte la « philosophie de la médecine ». « Dans la série des études médicales, la pathologie générale se place à la fois au commencement et à la fin : au commencement pour servir de guide à l'étudiant et l'empêcher de se perdre dans les détails; à la fin, pour permettre au médecin de grouper, de synthétiser ses connaissances. »

« La Pathologie générale, dit M. Roger, représente la synthèse, c'est-à-dire la partie la plus élevée des sciences médicales, elle en est l'introduction, elle en est le couronnement. » MM. H. Claude et Jean Camus ont divisé leur ouvrage en quatre grandes parties : 1° Pathologie générale des cellules; 2° Pathologie générale des tissus; 3° Pathologie générale des grands appareils; 4° Pathologie générale de l'organisme. Cette division si simple est proposée pour la première fois dans un ouvrage de Pathologie générale. Dans la première partie sont étudiées les réactions des cellules en face des agents physiques et chimiques, en face des microbes (infection, immunité), les atrophies, les hypertrophies, les dégénérescences cellulaires. Dans la seconde partie, sont traitées les formes de l'inflammation et les tumeurs. Dans la troisième partie, les auteurs étudient les procédés d'exploration des grands appareils (circulatoire, respiratoire, digestif, système nerveux, etc.), avec leurs insuffisances fonctionnelles et le retentissement de ces dernières sur le reste de l'organisme. Dans la quatrième partie sont envisagées l'hérédité, les maladies de la nutrition, la fièvre, l'hypothermie, les maladies d'après l'évolution, les synergies morbides.

Élèves du professeur Bouchard, MM. H. Claude et Jean Camus ont tenu à exposer ses importants travaux sur les maladies infectieuses, les auto-intoxications, les maladies de la nutrition, etc.

Le lecteur sera heureux de trouver dans ces pages le reflet de l'enseignement de ce maître éminent.

Le but des auteurs a été avant tout de faire un ouvrage pratique et utile pour les étudiants et les médecins praticiens, écartant le plus possible ce qui n'est pas assis et solide, sans toutefois cependant repousser entièrement les vues nouvelles qui seront peut-être la science de demain.

PRÉCIS DE Pathologie Interne

Par les Drs GILBERT, WIDAL
Professeurs à la Faculté de médecine de Paris.

CASTAIGNE, CLAUDE, LŒPER, RATHERY, DOPTER
Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris.

JOSUÉ, RIBIERRE, JOMIER, PAISSEAU, GARNIER
Médecins des hôpitaux de Paris et Chefs de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

4 volumes petit in-8 de 500 pages chacun, avec figures, cartonnés.

Chaque volume se vend séparément.............................. **10 fr.**

I

Maladies Infectieuses et Diathésiques Intoxications, Maladies du Sang

Par les Drs

DOPTER	RATHERY	RIBIERRE
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.	Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.	Médecin des hôpitaux de Paris.

1911. 1 volume petit in-8 avec figures, cartonné...................... **10 fr.**

II

Maladies de l'Appareil Digestif et de l'Appareil Urinaire

Par les Drs GILBERT, WIDAL
Professeurs à la Faculté de médecine de Paris, Membres de l'Académie de médecine.

JOMIER, Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu ET CASTAIGNE, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

1 volume petit in-8 avec figures, cartonné.

III

Maladies du Cœur et des Poumons

Par les Drs

LŒPER, Professeur agrégé à la Fac. de méd. de Paris.
GARNIER, JOSUÉ, Médecins des Hôpitaux de Paris.
PAISSEAU, Chef de clinique à la Fac. de méd. de Paris.

1 volume petit in-8 avec figures, cartonné..... *Paraîtra en Janvier* 1912.

IV

Maladies du Système Nerveux

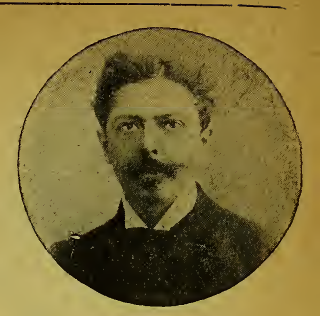
Par le Dr CLAUDE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

1 volume petit in-8 avec figures, cartonné



PRÉCIS

DE



Pathologie Externe

PAR

les D[rs] FAURE, OMBRÉDANNE, CHEVASSU, SCHWARTZ
Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris

le D[r] ALGLAVE
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

les D[rs] CAUCHOIX, MATHIEU
Chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

4 volumes petit in-8 de chacun 500 pages avec figures coloriées, cartonnés.
Chaque volume.................... **10** fr.

Poitrine et Abdomen

Par L. OMBRÉDANNE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

1 volume petit in-8 de 496 pages, avec 186 figures coloriées.
Cartonné.......................... **10** fr.

Organes Génito-Urinaires

PAR LES DOCTEURS

SCHWARTZ
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris.

ET

MATHIEU
Chef de clinique
à la Faculté de médecine de Paris.

1911, 1 vol. petit in-8 de 432 pages, avec 200 fig. noires et coloriées, cart. **10** fr.

PRÉCIS

DE

Médecine Opératoire

PAR

le Dr LECÈNE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

1 vol. petit in-8 de 325 pages, avec 321 photogravures. Cartonné.... **10 fr.**

Ce Précis de médecine opératoire est un manuel d'amphithéâtre à l'usage des étudiants : c'est un livre essentiellement pratique. En l'écrivant, M. LECÈNE n'a eu qu'un seul but : être clair, faire bien comprendre à l'élève les différents temps, toujours bien réglés, d'une opération cadavérique et surtout lui enseigner avec précision les différentes attitudes qu'il devra adopter, pour exécuter commodément et correctement l'opération. M. LECÈNE a remarqué que c'était justement cette notion précise des attitudes de l'opérateur et de son aide qui échappait le plus aux élèves. Il suffira à l'élève consciencieux de lire attentivement le texte et surtout de regarder avec soin les très nombreuses figures qui l'accompagnent et qui ont été toutes faites sur des documents photographiques, pour qu'il sache d'emblée comment il doit se placer, lui et son aide, et comment il doit procéder, temps par temps, pour exécuter correctement l'opération.

On trouvera dans ce Précis la description des *opérations cadavériques réglées dans tous leurs détails et consacrées par l'usage*, c'est-à-dire les ligatures, les désarticulations et les amputations et résections typiques. Cette médecine opératoire classique est la base essentielle de l'éducation *manuelle* du futur chirurgien, Cette médecine opératoire cadavérique possède deux grands avantages : tout d'abord, elle fait revoir à l'étudiant les différentes régions et c'est ainsi une excellente leçon *d'anatomie topographique appliquée;* en second lieu, elle apprend à l'élève à se servir de ses doigts, à être adroit, à tenir correctement son bistouri, à bien placer une ligature, à rechercher et à trouver, pendant l'opération, les points de repère précis qui progressivement le conduisent sur l'organe qu'il veut découvrir. Il faut que tous les temps d'une opération cadavérique quelconque, ligature d'artère, désarticulation ou résection typique, soient successivement, méthodiquement et correctement exécutés : *c'est seulement à cette condition qu'une ligature d'artère ou une désarticulation typique seront des exercices utiles et profitables pour les étudiants.*

Les futurs médecins, en répétant les ligatures et les désarticulations, auront réappris leur anatomie topographique et de plus auront acquis une certaine dextérité manuelle. Pour les futurs chirurgiens, qui devront répéter cent fois ces exercices élémentaires, cette médecine opératoire classique, conventionnelle, sera un exercice des plus utiles, indispensable même comme préparation à l'exécution ultérieure des véritables opérations sur le vivant.

BIBLIOTHÈQUE GILBERT ET FOURNIER

PRÉCIS

D'

Obstétrique



PAR

le Dr FABRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.
Accoucheur des Hôpitaux de Lyon.

1 volume petit in-8 de 764 pages, avec 466 figures. Cartonné........ 16 fr.

Le *Précis d'Obstétrique* que vient de publier le professeur Fabre, va prendre de suite une place importante dans la littérature obstétricale. C'est un ouvrage dont on ne pourra plus se passer.

Séduisant à l'œil, bien imprimé sur papier glacé, il frappe d'abord l'attention par ses 460 figures, toutes originales, toutes claires et précises. Le professeur Fabre a consacré un soin tout spécial à l'illustration de son livre; il a voulu des figures qui, une fois vues, se graveront pour toujours dans la mémoire de l'étudiant et du praticien.

Le texte ne le cède en rien aux figures. C'est un excellent exposé de l'enseignement classique de l'Obstétrique.

Écrit pour les étudiants qui ont tout à apprendre et pour lesquels aucun détail utile n'a été négligé, pour les praticiens et les sages-femmes qui souvent ont besoin d'un guide au milieu des difficultés de la pratique, ce livre sera certainement bien accueilli, parce qu'il sera considéré par tous comme un livre de première nécessité.

La nouveauté du plan conçu par un maître dans l'art d'enseigner, la lumineuse clarté de l'exposé des faits utiles, l'abandon des discussions et des théories tombées dans l'oubli, l'exactitude rigoureuse des figures, telles sont les qualités maîtresses de cet ouvrage, à qui l'on peut prédire un grand succès.

PRÉCIS

d'Anatomie Topographique

PAR

le Dr SOULIÉ

Professeur adjoint à la Faculté de médecine de Toulouse.

1 vol. petit in-8 de 734 pages, avec 246 fig., noires et coloriées, cartonné. 16 fr.

Ce Précis est un exposé aussi simple et aussi clair que possible de l'anatomie topographique. L'auteur s'est proposé de décrire, avec les noms et les limites généralement adoptées, les régions qui sont les divisions naturelles ou conventionnelles du corps humain. Il indique, au cours de ses descriptions, tous les repères utiles et toutes les données d'utilisation pratique. Une part importante a été faite à l'étude des formes extérieures. Quelques notions générales sur les proportions sont inséparables de cette étude des formes extérieures; car comment apprécier les déformations et les disproportions, si l'on n'a pas une idée exacte de ce qu'est l'homme normal?

L'anatomie topographique suppose une connaissance assez étendue de l'anatomie descriptive qu'elle complète sans la remplacer. « Il ne s'agit pas d'une manière différente de présenter la même chose, et ce n'est pas faire de l'anatomie topographique que de présenter l'anatomie descriptive par région. La région existe par elle-même, et on doit la comprendre, comme ayant sa constitution propre, ses fonctions spéciales et même ses maladies particulières

Si l'on reste dans le véritable domaine de l'anatomie topographique, la question de savoir si elle doit être médicale ou chirurgicale ne se pose pas. En réalité, elle est l'une et l'autre, puisqu'elle doit fournir au praticien médecin ou chirurgien, tous les renseignements, toutes les données anatomiques nécessaires tant au point de vue de la sémiologie et du diagnostic que des interventions thérapeutiques. La connaissance de la topographie thoraco-abdominale est aussi indispensable au médecin que la notion des repères pour la découverte des artères ou des nerfs au chirurgien. M. Soulié s'est efforcé d'apporter partout la précision anatomique la plus absolue. C'est dans ce but que toutes les figures, originales, ont été dessinées, d'après nature, en vraie grandeur, et réduites dans une proportion simple (un demi, un tiers, un quart, etc.), de façon à permettre, le cas échéant, quelques mensurations. Elles sont, la plupart, imprimées en plusieurs couleurs, ce qui facilite singulièrement leur compréhension.

L'auteur n'a pas voulu faire un manuel que l'élève feuillette à la hâte pour préparer un examen; il s'est proposé d'écrire un Précis d'anatomie des régions à la fois pour l'étudiant et pour le médecin qui sera certain de retrouver facilement les notions exactes d'anatomie topographique dans la pratique courante.

sont tributaires de la céphalique du pouce, et, sur l'éminence hypothénar, qui vont à la salvatelle du petit doigt.

Les *lymphatiques* forment un très riche réseau dans les téguments de la paume de la main. Les collecteurs superficiels qui s'en détachent, s'accolent aux veines superficielles, et les collecteurs profonds aux vaisseaux profonds.

Les *nerfs*, en faisant abstraction du rameau thénarien du radial, qui est inconstant, et des filets thénariens du musculo-cutané, sont fournis par le médian et par le cubital.

Le *médian* donne, à la partie inférieure de l'avant-bras ou du poignet, un rameau cutané palmaire, qui innerve les téguments de l'éminence thénar et du creux de la main; en outre, quelques filets perforants se détachent des branches de division du médian, au-dessous de l'aponévrose palmaire moyenne. Le tronc du médian, à sa sortie du canal radio-carpien, fournit les rameaux musculaires des muscles thénariens (sauf le court adducteur) et des deux lombricaux externes; puis il se divise en trois nerfs digitaux communs, accolés à la face antérieure des synoviales palmaires. Ces nerfs digitaux, d'abord placés plus profondément que les vaisseaux, deviennent ensuite plus superficiels, et forment des anses nerveuses (Hartmann, 1889), quelquefois autour de l'arcade palmaire superficielle, le plus souvent autour des artères digitales communes. La division en nerfs collatéraux se fait au-dessous des arcades de l'aponévrose moyenne, sous les saillies adipeuses du talon des doigts. Pour chaque doigt, le nerf collatéral donne un filet dorsal, destiné à la peau de la IIe phalange ; ce filet nerveux est toujours séparé du nerf collatéral, lorsque celui-ci croise le pli digito-palmaire.

Le *cubital*, vers le tiers inférieur de l'avant-bras, envoie un rameau cutané aux téguments de l'éminence hypothénar. Il se divise, après avoir fourni la branche dorsale, en une branche superficielle et une branche profonde, à l'intérieur du canal creusé entre les insertions du ligament annulaire antérieur du carpe au pisiforme et à l'os crochu. La branche superficielle innerve le palmaire cutané, envoie une anastomose au médian, et se divise en deux nerfs digitaux ; l'externe fournira les deux collatéraux du 4e espace interdigital, et l'interne le collatéral interne du petit doigt. Ces collatéraux se comportent comme ceux issus du médian. La branche profonde est exclusivement musculaire. Elle envoie d'abord des filets aux muscles de l'éminence hypothénar, puis s'enfonce sous l'aponévrose palmaire profonde avec l'artère cubito-palmaire, et se dirige en dehors, pour se terminer dans le court adducteur du pouce. Dans son trajet, elle croise l'arcade palmaire

profonde, au-dessous de laquelle elle se place (fig. 197), et donne les rameaux des interosseux palmaires et dorsaux, et les filets des deux lombricaux internes.

II. — RÉGION POSTÉRIEURE OU DORSALE DE LA MAIN.

Ses limites et sa morphologie ont été indiquées p. 599.

Constitution et superposition des plans. — Le dos de la main est composé, de la surface jusqu'au squelette, par les plans suivants : 1° la peau, 2° le tissu cellulaire sous-cutané, 3° l'aponévrose superficielle, 4° le plan tendineux sous-aponévrotique, et 5° l'aponévrose dorsale des interosseux.

1° Peau. — Les caractères de la peau rappellent ceux du tégument de la région dorsale de l'avant-bras et du poignet. Les poils y sont moins nombreux, et les veines superficielles très apparentes. Le pannicule adipeux s'épaissit, chez les femmes et chez les enfants ; il est beaucoup moins développé au niveau de la tête des métacarpiens, c'est pourquoi on y observe de petites fossettes chez les gens gras. Le fascia superficialis renferme les arcades veineuses du carpe ; à son contact, il se produit dans le tissu sous-cutané des bourses séreuses professionnelles sur les articulations métacarpo-phalangiennes.

2° Tissu cellulaire sous-cutané. — Assez abondant, il facilite la mobilité de la peau sur les plans profonds. A sa surface, se trouvent, vers le poignet, les filets nerveux cutanés. C'est dans ce tissu que se font les œdèmes et les phlegmons du dos de la main.

3° Aponévrose superficielle. — Cette aponévrose, mince mais résistante, continue le ligament annulaire postérieur du carpe ; et, tandis que celui-ci bride fortement les tendons, l'aponévrose se laisse soulever par eux. Sur les côtés, elle s'insère, avec les aponévroses palmaire externe et interne, le long des bords du Ier et Ve métacarpien ; en bas, elle devient celluleuse, et se poursuit comme une fine membrane sur les tendons des extenseurs, ou s'étale entre les doigts, en se confondant avec l'aponévrose profonde, devenue extrêmement mince.

4° Couche tendineuse sous-aponévrotique. — Quelques-uns des tendons s'arrêtent à la partie supérieure de la région, le long abducteur à l'extrémité supérieure du Ier métacarpien, les deux radiaux à celle des IIe et IIIe, et le cubital postérieur à celle du Ve. Les autres tendons descendent vers les doigts : en dehors, le court et le long extenseur du pouce, au milieu, les extenseurs propres de l'index et du petit doigt, qui se jettent sur les tendons de l'extenseur

bution se retrouvait au niveau des membres. De nombreuses observations anatomo-cliniques ont permis à Head, à Thorburn, à Starr, etc., d'établir des schémas très simples de l'innervation radiculaire des téguments des membres. Le schéma 204, montre ce mode de distribution à la face antérieure du membre supérieur; il est d'ailleurs le même à la face postérieure. La comparaison de ce

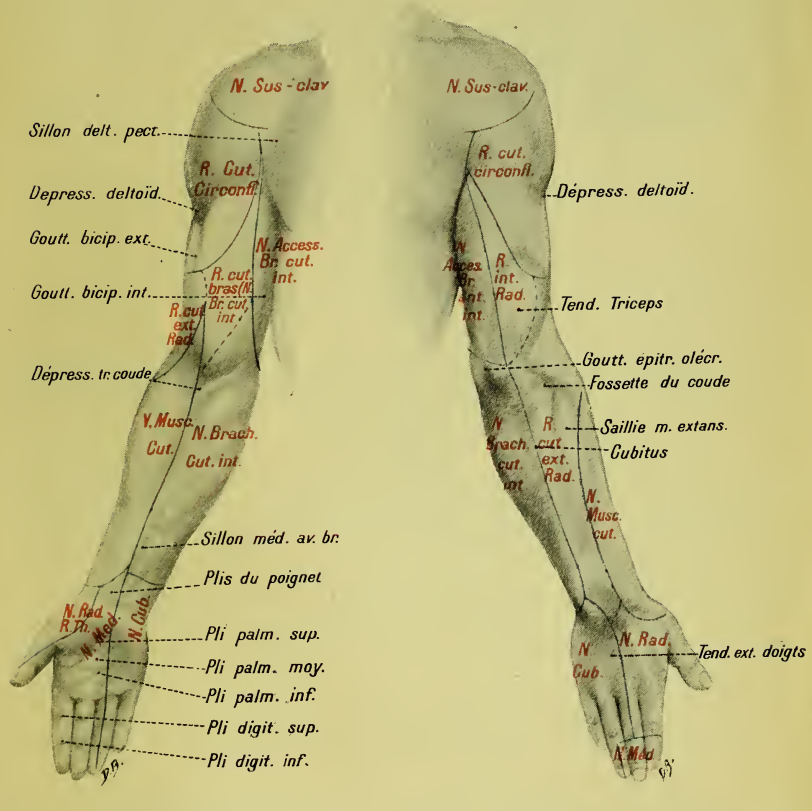


Fig. 202. — Distribution des nerfs sensitifs à la face antérieure du membre supérieur. Les territoires sensitifs sont limités par des traits bleus (environ 1/8 gr. nat.).

Fig. 203. — Distribution des nerfs sensitifs à la face postérieure du membre supérieur. Les territoires sensitifs sont limités par des traits bleus (environ 1/8 gr. nat.).

schéma avec les figures 202 et 203 permet d'établir la constitution radiculaire des nerfs du plexus brachial. C'est ainsi que le territoire innervé par l'accessoire du brachial cutané interne, répond aux

racines de la 2e paire dorsale (2e perforante latérale) ; de même la face antérieure de l'avant-bras, dans sa moitié interne, reçoit ses

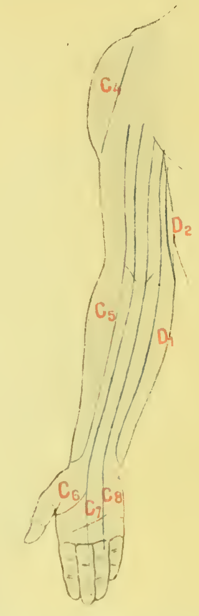


Fig. 204. — Distribution métamérique des racines rachidiennes au membre supérieur. Figure demi-schématique de la topographie radiculaire. C indique les racines rachidiennes cervicales, et D les dorsales. — D'après A. Starr.

filets sensitifs du brachial cutané interne, et des racines de la 8e cervicale et de la 1re dorsale. Or ce sont ces paires rachidiennes qui participent à la constitution du nerf brachial cutané interne.



BIBLIOTHÈQUE GILBERT ET FOURNIER

PRÉCIS

DE

Thérapeutique



PAR

le Dr VAQUEZ

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'hôpital St-Antoine.

1 volume petit in-8 de 500 pages. Cartonné : **10 fr.**

La thérapeutique ne peut pas s'apprendre seulement au lit du malade. La clinique thérapeutique n'est qu'une partie de cette science, et avant de faire de la thérapeutique appliquée, l'étudiant doit connaître la *matière médicale*, qui en est la base, et l'*action pharmacodynamique* des médicaments qui en est la raison d'être.

Un ouvrage d'enseignement de la thérapeutique doit donc faire entrer dans son cadre la matière médicale et la pharmacodynamie. Mais pour que cet ouvrage reste dans les limites d'un précis où l'étudiant puisse, au moment voulu, trouver le renseignement nécessaire pour l'intelligence du cours qu'il aura suivi et la préparation de l'examen qu'il aura à passer, il faut que cet ouvrage soit soigneusement pondéré, et ne tombe pas, sous prétexte d'être complet, dans un écueil non moins grave, la diffusion.

M. Vaquez a su rester à la fois complet et concis, et son *Précis de thérapeutique* sera le guide sûr, clair et succinct, que l'étudiant devra toujours avoir sous la main pour suivre avec fruit le cours du professeur et passer ensuite avec succès son examen.

La difficulté était grande, si l'on veut bien réfléchir que la thérapeutique ne comprend pas seulement les médicaments chimiques, minéraux, organiques ou végétaux, mais qu'elle s'étend aujourd'hui à ces substances préparées de toutes pièces par l'organisme lui-même (opothérapie et sérothérapie), et qu'elle emprunte également aux agents physiques des ressources innombrables.

Pour arriver à ce résultat, en apparence paradoxal, de réduire aux dimensions d'un simple précis une science aussi vaste et chaque jour plus étendue, M. Vaquez s'est astreint à réduire la matière médicale à une simple revue, devant rappeler à l'étudiant l'enseignement plus complet qu'il trouvera dans un autre ouvrage, et à élaguer de la pharmacodynamie tout ce qui est sujet à controverses, pour ne conserver que ce qui est définitivement acquis à la science, et en fixant par des exemples typiques les indications thérapeutiques générales du médicament, avec son mode d'emploi et ses doses usuelles.

Ce précis, court et élémentaire, fera prendre goût à la thérapeutique; en évitant aux étudiants les chemins un peu arides où ont dû passer leurs maîtres pour asseoir la thérapeutique sur ses bases actuelles, il lui montrera seulement la certitude et l'importance des résultats obtenus dans une branche de l'art médical qui est, en somme, la plus pratique, et, par suite, la plus intéressante de la médecine.

BIBLIOTHÈQUE GILBERT ET FOURNIER

Précis d'Hygiène

RAR

le Dr MACAIGNE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

1 volume petit in-8 de 427 pages avec 121 figures. Cartonné .... **10** fr.

Nul n'était mieux qualifié que le docteur MACAIGNE pour ordonner, condenser et mettre au point les innombrables travaux publiés dans ces dernières années, et pour réunir dans un ouvrage concis et clair, facile à lire et agréable à consulter, l'ensemble des connaissances que doit posséder tout étudiant en médecine, et aussi tout médecin praticien.

Après avoir défini l'hygiène et son double objectif : l'éducation de l'individu et sa protection contre les causes de maladies, après avoir insisté sur les obligations que la vie collective crée à l'homme, et sur l'importance que l'hygiène publique, organisée pour la protection, a prise dans les préoccupations actuelles de la vie sociale, le Dr MACAIGNE divise l'étude de l'hygiène en trois parties : hygiène générale, hygiène individuelle, hygiène sociale.

L'Hygiène générale comprend l'étude des milieux extérieurs envisagés à deux points de vue : d'une part l'influence qu'ils exercent sur la santé de l'organisme humain ; d'autre part, la manière dont les hommes les utilisent pour leurs besoins. Ce sont d'abord les chapitres sur le sol, l'atmosphère, les climats, les eaux. Les divers procédés de purification des eaux sont étudiés avec soin. Il en est de même de l'hygiène de l'habitation, où sont envisagées toutes les questions relatives à la construction, à l'aération, au chauffage, à l'éclairage, aussi bien pour les habitations privées que pour les écoles, ateliers, casernes, hôpitaux. Le dernier chapitre est consacré à l'importante question de l'évacuation et de la destruction des ordures ménagères, excréments, etc.

L'Hygiène individuelle comprend l'exposé méthodique, pour les divers organes, des règles qui conviennent au développement, à l'entretien, au fonctionnement et au perfectionnement de chacun d'eux. Signalons les développements consacrés à l'hygiène du nouveau-né, à la balnéation, aux vêtements, aux exercices physiques, à l'alimentation, à l'éducation.

L'Hygiène sociale a pris de nos jours une importance considérable ; elle embrasse des intérêts complexes et généraux ; elle est souvent étayée et fortifiée par la loi, et s'impose alors avec la rigueur de cette loi. Elle a pour but la préservation de la santé publique. Elle comprend plus particulièrement l'étude des conditions d'hygiène spéciales à divers groupes sociaux, tels que les écoliers, les ouvriers, les malades, dont l'état de santé intéresse la société entière. Toutes les questions se rapportant à l'*Hygiène scolaire* sont étudiées avec le plus grand soin. L'hygiéniste n'a pas seulement à intervenir pour donner les indications nécessaires pour la construction et l'aménagement de l'école, et pour éviter le développement des maladies transmissibles. Le médecin doit être associé au pédagogue dans la direction, la surveillance et le contrôle du développement physique, intellectuel et moral de l'enfant. De même l'*Hygiène industrielle* a pour but de protéger le travailleur et de le défendre contre les multiples causes de maladies. Les conditions hygiéniques du travail et de la vie de l'ouvrier et les diverses maladies professionnelles sont successivement passées en revue. Enfin, un dernier chapitre est consacré à la *Prophylaxie générale des maladies transmissibles* : après avoir développé les diverses questions concernant l'isolement (à l'hôpital et à domicile) et la désinfection, l'auteur étudie l'étiologie et le mode de transmission des maladies contagieuses, et indique pour chacune d'elles les mesures propres à éviter leur diffusion. L'exposé de la *Législation sanitaire* termine l'ouvrage.

Le Dr MACAIGNE a eu le mérite de grouper et de condenser en 400 pages un exposé très complet et très clair des multiples questions qui se rattachent à l'hygiène.



PRÉCIS de Médecine légale

PAR

le Dr BALTHAZARD
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Deuxième édition

1 vol. petit in-8 de 612 p., avec 136 fig. noires et coloriées. Cartonné. **12 fr.**

Le Dr Balthazard s'est efforcé de rédiger un Précis où l'étudiant, le praticien, le médecin-légiste et même le magistrat puissent trouver des indications précises dans toutes les circonstances où la justice fait appel au concours des sciences médicales et biologiques,

Tout d'abord, se conformant au nouveau programme des études médicales, l'auteur a introduit dans ce volume des notions de législation médicale, et la première partie traite de l'*exercice de la profession médicale,* de la *responsabilité médicale* et du *secret professionnel.*

Le chapitre relatif à l'*asphyxie par l'oxyde de carbone*, si importante en médecine légale, a été développé et complété par la notion du *coefficient d'intoxication*, déduite des recherches poursuivies par l'auteur avec Nicloux.

Pour pouvoir apprécier sainement la nature des blessures qu'il constate, le médecin légiste doit connaître les instruments et les armes utilisés pour les produire, ceci justifie l'exposé fait des divers modèles de *revolvers*, des divers types de *munitions.* Il a paru également indispensable de donner des détails sur les *tatouages produits par les diverses poudres.*

Par l'importance qu'ils ont pris dans la pratique médico-légale, les *accidents du travail* méritaient d'être étudiés dans un chapitre spécial, et non plus comme un cas particulier des traumatismes. La législation du 9 avril 1898, modifiée par les lois du 22 mars 1902 et du 31 mars 1905, a été exposée et commentée dans toutes ses dispositions. La question si délicate des états antérieurs est indiquée ainsi que l'état des connaissances relatives aux *hernies accidentelles*, aux *névroses traumatiques*, à la *sinistrose*, ainsi que la jurisprudence adoptée. Ce chapitre est complété par un tableau des évaluations des infirmités permanentes, d'après G. Brouardel.

L'étude des *perversions génitales* présente une importance telle, en médecine légale, qu'en la négligeant on renoncerait à comprendre la plupart des crimes. Aussi l'auteur a insisté sur l'*étiologie des attentats à la pudeur*, quoique cet exposé appartienne en grande partie au domaine de la psychiatrie.

La *faune des cadavres* n'est d'ordinaire étudiée que d'une façon très sommaire dans les ouvrages de médecine légale ; il a paru utile de décrire avec soin l'œuvre des travailleurs de la mort.

Enfin, on trouvera de nouveaux chapitres sur l'*examen des taches de sang*, la détermination par les méthodes nouvelles de la *provenance du sang*, l'étude des *poils.*

Quelques exemples de *certificats* et de *rapports* serviront de guide à l'étudiant pour l'examen, au médecin dans la pratique médico-légale.



PRÉCIS des Maladies des Enfants

PAR

le Dr APERT

Médecin du service des Enfants à l'hôpital Saint-Louis.

Avec une Introduction sur l'Exploration clinique dans l'enfance

Par le Dr MARFAN

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

1 volume petit in-8 de 524 pages, avec 76 figures. Cartonné......... **10 fr.**

S'il est permis à un praticien qui n'a pas cultivé spécialement certaines branches de la chirurgie de ne pas exécuter, par exemple, l'opération de la cataracte ou celle de la néphrectomie, on ne saurait admettre qu'il ne sache pas donner des conseils sur l'alimentation des nourrissons, reconnaître et soigner un choléra infantile, ou traiter une bronchopneumonie du premier âge.

La pathologie de l'enfance offre des caractères propres et des différences importantes avec la pathologie de l'adulte. Aucun médecin ne saurait exercer sa profession sans avoir fait cette étude.

Le *Précis des maladies des enfants* du Dr Apert, médecin des hôpitaux de Paris, chargé d'un service de médecine infantile, répond parfaitement aux besoins de l'étudiant et du praticien. Toutes les maladies spéciales à l'enfance sont traitées avec tous les détails nécessaires. Ce sont d'abord les maladies infectieuses : rougeole, scarlatine, rubéole, varicelle, variole, diphtérie, coqueluche, oreillons, tuberculose, etc., puis les maladies de la peau et du cuir chevelu, de la bouche, du nez et du pharynx, les maladies de l'appareil respiratoire, du cœur et du sang, du tube digestif, des organes génito-urinaires, du système nerveux, enfin des os et des articulations. Chaque chapitre est précédé d'un préambule anatomique, physiologique et séméiologique, très utile pour montrer ce qu'il y a de spécial dans la pathologie infantile. La tâche de M. Apert a été simplifiée en ce qui concerne la séméiologie, par le précieux concours qu'il a trouvé dans la collaboration de M. le professeur agrégé Marfan, qui a bien voulu se charger d'écrire pour ce Précis un chapitre spécial.

L'ouvrage de M. Apert est complété par une étude de l'enfant à l'état de santé et de l'hygiène de l'enfance, et enfin par un chapitre de posologie.

BIBLIOTHÈQUE GILBERT ET FOURNIER

PRÉCIS
D'
Ophtalmologie



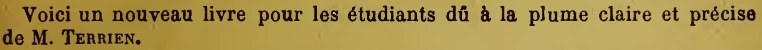
PAR

le Dr F. TERRIEN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.



1 volume petit in-8 de 600 pages, avec 271 figures. Cartonné....... **12 fr.**



Voici un nouveau livre pour les étudiants dû à la plume claire et précise de M. TERRIEN.

Comme tous les ouvrages modernes destinés à l'enseignement, le *Précis d'Ophtalmologie* de M. TERRIEN s'est affranchi des formules mathématiques et des démonstrations d'optique pure, pour se cantonner exclusivement sur le terrain de la clinique. Le premier chapitre, consacré à la séméiologie, comprend l'examen objectif, le diagnostic et la correction des vices de réfraction, l'examen fonctionnel de l'œil et se termine par la simulation et les accidents du travail. Les dix autres chapitres de l'ouvrage traitent successivement des affections de la conjonctive, de la scléro-cornée, du tractus uvéal et du corps vitré, du cristallin, de la rétine, du nerf optique, des paupières, de l'appareil lacrymal, des muscles de l'œil, de l'orbite et des cavités voisines. Chaque chapitre débute par une introduction sur les notions anatomiques et se termine souvent par un court résumé des opérations qui se pratiquent sur la région étudiée. L'exposé lui-même tient le plus grand compte des besoins de la pratique. Les affections rares sont traitées séparément des affections fréquentes.

Les conjonctivites sont nettement divisées en aiguës et chroniques : parmi les premières, la conjonctivite catarrhale, purulente et diphtérique ; ensuite les autres. Les kératites sont divisées en suppurées, par infiltration, épithéliales. Les cataractes sont divisées en séniles, compliquées et congénitales.

Les modifications de la tension oculaire sont traitées après les maladies de la choroïde et avant celles du corps vitré. Les affections sympathiques ont trouvé leur place avec celles du corps ciliaire.

Nous ne pouvons entrer dans le détail des opinions émises et de la manière de traiter ; nous ne pouvons même pas donner une idée générale de ce tour de force réalisé par l'auteur, de renfermer en 600 pages tant de notions urgentes parmi lesquelles un certain nombre sont encore en voie d'évolution. L'essentiel est que l'élève trouve dans un précis les notions élémentaires qui lui permettront de se reconnaître en clinique. Eh bien ! ces notions, il les trouvera dans le livre de M. TERRIEN sous une forme captivante, claire, concise illustrée de nombreuses figures.

En somme, excellent précis, qui rendra d'immenses services au débutant, sera souvent consulté par l'initié et se trouvera aussi sur la table du spécialiste, qui ne se lassera jamais de relire le bréviaire de son art sous une forme aussi attachante.



PRÉCIS DE Physique médicale

PAR

le Dr André BROCA

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

1 volume petit in-8, de 634 pages, avec 379 figures.
Cartonné : 12 fr.

Les sciences physiques prennent chaque jour une part plus grande dans les applications médicales, et les médecins ont de plus en plus besoin d'un guide pour comprendre ces applications. Pour les applications médicales de la physique, l'enseignement secondaire et le certificat d'études fournissent au médecin les bases suffisantes; mais ces enseignements ne donnent pas les applications médicales.

M. Broca rappelle dans son livre ce qu'il y a d'indispensable dans les théories physiques fondamentales pour comprendre les applications pratiques; c'est qu'en effet les souvenirs des études secondaires s'effacent à mesure qu'on avance en âge, et on a besoin de se les remettre en mémoire au moment de l'application. Mais un simple rappel ne doit pas prendre l'ampleur d'une démonstration et la partie purement physique de cet ouvrage a été réduite à une courte évocation de souvenirs, pour éviter au lecteur de se reporter à d'autres ouvrages souvent trop étendus pour le but à atteindre.

M. Broca a également supprimé un grand nombre d'appareils dont la description entraîne à des longueurs considérables, et dont les figures font trop ressembler un traité de physique à un catalogue de constructeurs.

Dans un précis comme celui-ci, la pratique doit tenir une place prépondérante, aussi l'auteur a-t-il élagué un grand nombre de résultats expérimentaux aujourd'hui classiques, lorsqu'ils n'ont pas d'application pratique directe.

Il a, au contraire, donné des indications succinctes sur les principales applications médicales de la physique et en particulier de l'électricité. Sans avoir voulu faire ainsi un traité d'électrothérapie, il a donné les principes qui permettront au médecin non spécialiste de savoir dans quel cas il pourra songer à faire traiter ses malades par un spécialiste autorisé, ou à essayer lui-même un traitement parfois très simple.

En mécanique, il s'est efforcé de donner les principes indispensables pour permettre à un médecin de régler les exercices physiques de ceux dont il dirige l'hygiène.

Parmi les phénomènes physico-chimiques, il a consacré un chapitre à des phénomènes non encore classiques, ceux auxquels sont soumis les corps colloïdes stables. L'importance médicale considérable du sujet lui a semblé nécessiter ces indications quoique cette partie de la science ne soit pas complètement faite.

Ce livre ne sera pas seulement utile aux étudiants en médecine pour préparer leurs examens.

Les médecins lancés dans la pratique trouveront parfois utile de feuilleter ce livre pour se remettre en mémoire les principes forcément un peu loin d'eux, et cependant si utiles de l'hygiène et de la thérapie physiques.

BIBLIOTHÈQUE GILBERT ET FOURNIER

PRÉCIS

DE

Parasitologie



PAR

le Dr GUIART

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

1 vol. petit in-8 de 628 pages, avec 549 figures noires et coloriées. Cart. **12 fr.**

La parasitologie est devenue, depuis un quart de siècle, une des branches importantes de la médecine. Le professeur R. Blanchard est de ceux qui ont le plus contribué à son développement et son *Traité de zoologie médicale* a été l'ouvrage indispensable à ceux qui voulaient étudier cette science. Nous ne pouvions mieux nous adresser qu'à son élève le professeur Guiart, qui a su synthétiser les idées du maître, tout en leur imprimant le cachet de sa personnalité.

Ce Précis englobe l'étude des parasites végétaux et animaux, à l'exclusion des Bactéries, qui feront l'objet d'un autre volume de cette collection. Mais si l'auteur a dû suivre l'ordre de la classification botanique et zoologique, il n'a pas craint de modifier cette classification pour l'adapter aux besoins de la médecine et faciliter aux étudiants l'étude de l'Histoire naturelle.

Aussi est-ce plutôt un Précis des maladies parasitaires, l'auteur, à propos de chaque parasite, étudiant la maladie qu'il détermine, envisageant tour à tour la symptomatologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie, l'étiologie, le traitement et la prophylaxie. Pour arriver à ce résultat, l'auteur a eu l'excellente idée de laisser de côté les parasites douteux et peu connus, qu'on ne peut demander à un examen, pour s'appesantir sur les plus importants et donner ainsi à leur étude tous les développements qu'elle comporte.

En un mot il s'agit d'un livre original, ressemblant bien peu aux ouvrages similaires et que le professeur Guiart a su mettre à la portée des étudiants avec toute l'autorité que lui donnent douze années d'enseignement théorique et pratique dans les Facultés de Médecine de Paris et de Lyon.

PRÉCIS

d'Anatomie Pathologique

PAR

les Drs Ch. ACHARD ET M. LŒPER

Professeur et Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

1 vol. petit in-8 de 555 pages, avec 312 figures et 2 pl. coloriées Cart. : **12 fr.**

La plupart des ouvrages élémentaires consacrés à l'anatomie pathologique ne décrivent guère que les altérations microscopiques des tissus ; ils ne sont ainsi que des livres de laboratoire. Tel n'est pas le Précis de MM. Achard et Lœper. Sans négliger l'histologie pathologique, ils ont fait une large place aux lésions microscopiques, et, afin de rester à la portée de l'élève, ils ont écarté de leur programme les théories trop abstraites, en se bornant à l'exposé des faits essentiels et en illustrant leurs descriptions de très nombreuses figures. Estimant qu'un enseignement élémentaire de l'anatomie pathologique doit avoir pour principal objet d'expliquer la maladie, ils se sont proposé surtout d'éclairer et de compléter la clinique. Le livre qu'ils ont écrit peut donc servir de guide à l'étudiant dès ses débuts, lorsqu'il commence par apprendre l'anatomie pathologique à l'hôpital, en faisant des autopsies, avant d'en poursuivre l'étude au laboratoire.

D'autre part, l'anatomie pathologique n'est pas seulement, comme on le dit parfois, une science du cadavre; les lésions qu'elle étudie se développent chez l'être vivant. Aussi MM. Achard et Lœper n'ont-ils pas omis de décrire les altérations qu'on peut observer non seulement sur les pièces opératoires, mais dans les exsudats recueillis sur les muqueuses, dans le sang circulant, dans les épanchements ponctionnés. En un mot, ils ont compris dans leur étude l'anatomie pathologique qui peut se faire sur le vivant. Ainsi leur livre ne sert pas seulement à l'instruction de l'élève, mais renseigne encore le praticien sur les services que peut lui rendre la connaissance des lésions pour établir son diagnostic.

Précis d'Histologie

PAR

le Dr A. BRANCA

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Deuxième édition.

1 vol. petit in-8 de 755 pages, avec 390 figures. Cartonné............. **15 fr.**

15358-11. — Corbeil. Imprimerie Crété.

